

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1903-1904. — N° 84

DES
OCCLUSIONS INTESTINALES
D'ORIGINE APPENDICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice CARAYON

Né le 29 Octobre 1880, à Villemur (Haute-Garonne),

Elève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1904



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1903-1904. — N° 84

DES
OCCLUSIONS INTESTINALES
D'ORIGINE APPENDICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice CARAYON

Né le 29 Octobre 1880, à Villemur (Haute-Garonne),

Elève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1904



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.	X.
Clinique ophtalmologique	GAYET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLÉTON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENÈVE.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Propédeutique médicale	ROQUE.
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET.
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.
Anatomie pathologique	DEVIC.
Accouchements.	FABRE.
Matière médicale	MOREAU.
Anatomie topographique.	DURAND.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TINIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVLOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président ; DURAND, Assesseur ;
MM. BÉRARD et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Père

MONSIEUR LE DOCTEUR J. CARAYON

Médecin principal de 1^{re} Classe,
Chevalier de la Légion d'honneur,

A MA MÈRE

*Je leur donne ici un témoignage bien
faible de mon affection profonde et de
mon immense reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de Clinique chirurgicale.

*Pour le grand honneur qu'il nous fait
aujourd'hui en acceptant la présidence
de notre thèse.*

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

Un usage bien cher veut qu'une thèse s'ouvre sur des remerciements, et nous sommes heureux de pouvoir exprimer notre reconnaissance à tous ceux dont la sollicitude, la sympathie, ou l'affection nous furent douces pendant le temps de nos études médicales.

M. le Dr Patel, chef de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, nous a témoigné beaucoup d'intérêt pendant ces deux dernières années; nous lui devons le sujet de notre thèse et nous tenons, en l'assurant ici de notre sincère attachement, à le remercier pour l'amabilité avec laquelle il a su nous diriger dans cette hésitation de nos premiers pas.

Nos trois années d'Ecole nous laissent l'impression d'avoir connu le charme d'une réelle amitié, et les sentiments qui nous attachent au Dr Roger Morisson sont de ceux que le temps resserre toujours davantage. A notre ami le plus cher va notre plus sincère affection.

Au Dr Perrin, médecin aide-major de première classe, aux Drs Bailly et Bellot, nous laisserions, s'ils n'en étaient certains déjà, l'assurance de notre vive amitié.

A tous nos parents, à tous nos amis, à tous ceux

dont l'accueil nous fut cher et qui voudront bien se reconnaître dans ces lignes, nous apportons, avec une réelle émotion, l'expression de notre profonde reconnaissance, de notre immense gratitude.

M. C.

INTRODUCTION

Les nombreux travaux dont l'appendicite est la source, les intéressantes discussions qu'elle a justement provoquées pendant ces dix dernières années dans les Sociétés de Chirurgie et de médecine ont jeté une véritable lumière sur ses diverses modalités, l'ont élevée jusqu'à cette place qu'elle occupe aujourd'hui dans le cadre de la pathologie.

Et pourtant, tout n'est certes pas dit à son sujet, puisqu'un grand nombre d'études s'attachent à rechercher encore son étiologie souvent confuse ou ses manifestations si variées jusqu'aux complications si différentes entre elles qui en sont la conséquence.

Faut-il s'en étonner lorsqu'on songe qu'à la suite d'une crise appendiculaire le péritoine, l'intestin, le foie, tous les organes abdominaux peuvent être plus ou moins atteints? Et la gravité de ces accidents secondaires s'ajoute encore à la menace de l'infection primitive pour assombrir le pronostic de cette affection si fréquente.

Au nombre de ces complications, il en est une qui peut être considérée comme des plus dangereuses autant par la gravité des symptômes présentés que par

l'époque indéterminée où ils peuvent se produire, époque quelquefois très éloignée de la crise dont elle est cependant une conséquence, c'est l'occlusion intestinale.

L'arrêt des matières et des gaz survient parfois au cours même de l'appendicite, mais il peut se montrer, d'autre part, à plus ou moins longue échéance, chez un malade qui en a guéri, soit spontanément, soit à la suite d'une intervention chirurgicale.

Lorsqu'il évolue avec la période aiguë de l'infection appendiculaire, il reconnaît dans la plupart des cas un mécanisme spécial qui le différencie très nettement des formes d'occlusions observées plus tardivement. Il est en effet la conséquence d'une paralysie réflexe de l'intestin due à la réaction du péritoine infecté par propagation. La constatation de ces faits date du début même de l'histoire de l'appendicite. Dans le mémoire qu'il fit paraître en 1827, Mélier signale une observation de Corvisart qui remonte à 1813. Mais à ce moment l'appendicite n'était pas la maladie du jour, elle était loin d'accaparer l'attention des médecins, et les auteurs se contentaient d'enregistrer sans comprendre, sans chercher la relation des phénomènes observés pendant la vie avec les lésions trouvées à l'autopsie. Depuis, la thèse d'Henrot a appelé l'attention sur cette occlusion due à une paralysie réflexe des parois intestinales, montrant que les inflammations péritonéales en général, et particulièrement les péritonites par perforation, pouvaient donner lieu à des phénomènes d'occlusion.

De nombreux faits sont venus à l'appui de cette

opinion, et ce mécanisme réflexe est admis aujourd'hui par tous les auteurs.

Mais, si c'est là une conséquence de l'infection de l'appendice ileo-cæcal, ce n'est pas, à proprement parler, une complication de cette maladie. Comme nous le verrons plus loin, toute appendicite, à quelque degré qu'elle soit, s'accompagne toujours de réaction péritonéale. Il suffit que cette réaction soit assez forte pour provoquer le réflexe inhibiteur, et la paralysie intestinale se traduira par l'arrêt des matières et des gaz, l'appendicite évoluera avec le tableau de l'occlusion intestinale. C'est là une forme de la maladie plutôt qu'une complication et, si nous insistons ici sur cette manifestation particulière de cette infection, c'est surtout pour l'éliminer, pour bien montrer que cette forme paralytique n'a rien à faire avec le sujet de notre étude.

Nous voulons le limiter à l'occlusion proprement dite, survenant à une période plus ou moins éloignée de la crise appendiculaire et due à des accidents purement mécaniques, adhérences ou brides, reliquats d'une affection récente ou ancienne, mais que l'on peut toujours rattacher à une origine appendiculaire.

Nous avons pu réunir un assez grand nombre d'observations, mais il doit en exister bien davantage; beaucoup d'entre elles n'ont pas été signalées parce qu'on a méconnu leur étiologie, soit que les antécédents appendiculaires du malade aient passé inaperçus, soit que l'autopsie ait simplement fait mention de l'obstacle péritonéal sans en noter les rapports avec des lésions anciennes de péri-typhlite ou de péri-appendicite.

Après avoir cherché à rattacher à leur cause première les différents mécanismes de cette occlusion intestinale, nous essayerons d'en tracer le tableau clinique et de comparer les divers modes de traitement que l'on a employés pour parer aux dangers immédiats ou lointains d'un si redoutable accident.

DES
OCCLUSIONS INTESTINALES
D'ORIGINE APPENDICULAIRE

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'occlusion intestinale purement mécanique qui survient à la suite d'une inflammation vermiculaire reconnaît comme cause des brides ou des adhérences péritonéales dont nous devons chercher à expliquer la formation par l'évolution même de cette appendicite ou de la crise appendiculaire.

L'étiologie et la pathogénie de cette maladie ont fait l'objet de discussions qui furent d'autant plus célèbres que chaque théorie émise s'appuyait sur des faits mis en avant par des maîtres dont la compétence et la célébrité n'ajoutait que plus de poids à la valeur de leurs déclarations. Après l'opinion émise par M. Talamon, après l'explication du « vase clos » qu'avait donnée M. Dieulafoy, M. le professeur Poncet l'a considérée comme la propagation d'une affection intestinale et M. Reclus comme la localisation d'une infection générale. Tout récemment encore, M. le professeur Tripier avec M. Paviot ont essayé de montrer, en s'appuyant sur de nombreuses autopsies, qu'il fallait chercher bien ailleurs le point de départ de cette affection, qu'ils

considèrent comme une lésion secondaire traduisant une forme de péritonite dont l'origine remonte à la vésicule biliaire. Toutes ces théories montrent combien l'accord est encore loin d'être fait sur la pathogénie de l'appendicite, et les difficultés que l'on rencontre lorsqu'on cherche à expliquer le mécanisme de cette infection.

Quant à son évolution, bien qu'empruntant souvent une symptomatologie irrégulière et fort variable, elle peut cependant rentrer, pour la plupart des cas du moins, dans certains cadres cliniques assez nettement différenciés suivant l'intensité de la réaction péritonéale qui l'accompagne ou qui lui fait suite, et nous essayerons de montrer que cette réaction ne fait jamais défaut, quelle que soit la virulence du germe pathogène.

I. *Appendicite avec péritonite généralisée.*—« Quand une appendicite commence, écrit M. Dieulafoy, qu'elle ait des apparences bénignes ou graves, on ne sait jamais quelles surprises nous sont réservées. » Il est des cas, en effet, et ils sont nombreux, où le processus appendiculaire aboutit à la péritonite généralisée. Et c'est là, certes, la forme, sinon la plus fréquente du moins la plus dangereuse de cette affection, car s'il est un fait bien établi aujourd'hui par tous les cliniciens, que la péritonite par perforation est loin d'être toujours purulente, il n'en est pas moins vrai que l'épanchement inflammatoire séro-fibrineux généralisé à la séreuse péritonéale constitue un sérieux danger qu'une intervention ne peut souvent pas écarter.

Cette péritonite peut se produire de deux façons, soit à la suite d'une perforation de l'appendice ou d'un abcès péri-appendiculaire, soit par propagation sans qu'il y ait perforation.

Elle se manifeste sous plusieurs formes :

1° Parfois, les accidents sont très précoces et marchent très vite, la péritonite est si septique que le malade succombe au troisième ou quatrième jour. C'est « l'intoxication péritonéale » de Jalaguier, la « septicémie péritonéale » de Mickulicz. A l'opération ou à l'autopsie, presque pas de lésions, à peine trouve-t-on quelques adhérences et une petite quantité de liquide de couleur roussâtre doué d'une extrême virulence.

2° La péritonite suppurée sans adhérences est caractérisée par la présence de pus dans toutes les régions de l'abdomen, pus brunâtre, fétide, qui, dans la plupart des cas, pour M. Jalaguier, se trouverait réuni en deux ou trois foyers principaux.

3° La péritonite généralisée et suppurée peut enfin s'accompagner d'adhérences nombreuses, résistantes, cloisonnant la cavité péritonéale et circonscrivant les suppurations en foyers multiples. Cette dernière forme est particulièrement intéressante pour nous, car, s'il arrive que, sous l'influence d'une opération où grâce à une résistance plus grande de l'organisme, cet épanchement vienne à se résorber, les fausses membranes qui nageaient dans le liquide épanché persisteront avec les tractus, les brides qui unissent entre elles les anses intestinales. La crise-actuelle peut s'éteindre, il n'en subsistera pas moins la menace de ces brides sous les-

quelles pourra s'étrangler l'intestin, de ces adhérences qui pourront en amener la torsion ou la coudure.

Ces faits sont actuellement connus de tout le monde et c'est une cause habituelle de l'occlusion aiguë, de l'étranglement interne que l'on trouve dans les reliquats d'une péritonite antérieure. Le seul point, particulier dans nos observations, est l'origine même de cette péritonite qu'il faut rechercher dans la lésion appendiculaire primitive et qui nous permet de classer ces faits au nombre des complications de l'appendicite.

II. *Appendicite avec péritonite enkystée.* — Mais l'inflammation du péritoine n'est pas toujours aussi bruyante, aussi absolue, et si l'infection met plus de temps à se développer, si la virulence des germes pathogènes n'est pas aussi excessive, l'évolution en sera différente et cette forme sera caractérisée par la localisation de la péritonite qui restera circonscrite en un point quelconque de cette séreuse.

Lorsque l'inflammation est subaiguë, si la perforation se produit lentement, il se fait à son niveau une péritonite adhésive qui protège la grande cavité péritonéale et nous observons un deuxième type d'infection appendiculaire caractérisé par l'abcès localisé.

La formation de cet abcès est très facile à comprendre lorsqu'on envisage son processus anatomo-pathologique. Infectée, légèrement d'abord, la séreuse péritonéale réagit comme nous le verrons en étudiant les formes les plus bénignes de l'affection par la production d'adhérences fibrineuses unissant entre eux les deux feuillets du péritoine tout autour de la source de l'in-

fection, venant s'insérer sur l'épiploon et limitant ainsi l'envahissement des germes. Si la perforation vient alors à se produire, de deux choses l'une : ou bien le pus ne trouve à s'épancher que dans un espace excessivement restreint, enfoncé au milieu d'un paquet d'adhérences, ou bien ces dernières, bien que suffisantes pour protéger la totalité du péritoine ne peuvent cependant mettre un obstacle au développement d'un abcès plus ou moins volumineux.

Dans le premier cas, ces néoproductions existent en nombre si multiple qu'elles étouffent, pour ainsi dire, l'abcès en protégeant l'appendice, véritable manchon fibreux s'opposant à toute extension de la collection purulente. Et ces adhérences une fois formées, ne disparaîtront presque jamais, bien que la règle affirme que l'infection terminée, la résorption commence. Leur persistance tient à deux raisons : d'abord, sans se manifester par des symptômes cliniques, l'infection peut persister fort longtemps au centre de l'appendice et l'irritation péritonéale soutenue, ne tend qu'à l'accroissement de ces productions de défense, et puis, seconde cause qui nous permettra d'expliquer leur constance après la résection de l'appendice iléo-cæcal, l'organisation de ces brides se produit très rapidement et les rend définitives.

Pour les abcès enkystés, la même raison peut se donner : persistance de ces brides conjonctives amassées autour de la paroi de l'abcès ou rayonnant en dehors jusqu'à des points très éloignés. Car si leur maximum de fréquence se trouve au point même de l'origine de l'infection, elles peuvent s'étendre fort loin,

venir s'attacher par une extrémité à la paroi opposée, à un organe, à une anse intestinale ne présentant aucun rapport de contiguité avec le foyer primitif.

Souvent, d'ailleurs, ce foyer même est très variable dans sa situation et un amas d'adhérences ou des brides très éloignées de la région cæcale reconnaissent cependant une origine appendiculaire. Quoi de plus variable que la situation et la direction de l'appendice, que de différences aussi dans la localisation des abcès qui succèdent à son inflammation ! Gerster en a admis cinq types principaux, mais entre eux on peut trouver encore tous les intermédiaires évoluant en avant ou en arrière, dans le petit bassin ou remontant jusqu'en haut de la cavité abdominale, aussi changeants dans leur situation que dans leur volume et dans leur évolution. Et cette localisation cependant est importante pour la conséquence que nous envisageons. Tandis qu'un abcès rétro-cæcal, un abcès pelvien même évolueront sans contracter avec le péritoine des anastomoses fibreuses en nombre considérable, un abcès franchement péritonéal, se développant dans la région antérieure, antéro-externe entraînera la production d'adhérences multiples, capables de causer les différentes formes d'occlusion que nous voulons étudier.

Formation précoce des adhérences péritonéales. — M. Broca, qui rapporte dans ses leçons cliniques plusieurs observations d'occlusion intestinale consécutive à une appendicite, insiste beaucoup sur la rapidité avec laquelle se développent ces brides cicatricielles « épaisses et longues en même temps ». Dans le *Traité de chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet, M. Guinard écrit

au chapitre de l'appendicite : « L'opération à froid est bénigne et très efficace, mais elle est souvent malaisée. On a au début de l'intervention de la peine à se reconnaître, à s'orienter autour du cæcum et la recherche de l'appendice est des plus laborieuses quand l'organe est perdu dans une gangue épaisse d'adhérences, dans un magma fibro-graisseux informe. » A la Société de médecine Berlinoise du 25 juin 1902, M. Karewski disait que « les adhérences qui se forment dans la cavité abdominale après l'appendicite sont d'ordinaire localisées au voisinage de l'appendice ; parfois cependant elles se généralisent à tout l'abdomen, soudant les viscères les uns aux autres, entraînant la coudure des organes creux, déterminant la formation de pseudo-tumeurs avec infiltration de l'épiploon et du mésentère ». Faisant le 2 juillet 1900 la cure de l'événtration chez un malade auquel il avait ouvert le 1^{er} février un abcès iliaque, Broca vit que « non seulement l'épiploon adhérait à la cicatrice, mais qu'au delà sa pointe allait se fixer au bord libre d'une anse grêle, d'où une tendance à la coudure ».

Les observations que nous pourrions rapporter, les citations que nous pourrions faire sont nombreuses qui tendent à prouver la formation précoce, et même la persistance de ces brides péritonéales dont la menace est constante, le danger imminent.

III. *Réaction péritonéale dans les cas d'appendicite aiguë non suppurée.* — Mais si la perforation d'un appendice enflammé, si l'évolution un peu grave de cette infection entraîne, par l'intermédiaire de la péritonite

qui l'accompagne, la formation de ces adhérences et de ces brides cicatricielles, une appendicite non suppurée, la forme chronique même de cette affection, sont capables, au même titre que les précédentes, de produire la réaction péritonéale nécessaire à cette néoformation.

La manifestation clinique de l'appendicite peut se borner à quelques vagues symptômes aussi légers que l'infection qui semble être en cause et, après quelques jours d'indisposition, le malade qui a simplement présenté un peu de douleur localisée avec fort peu de phénomènes généraux, voit disparaître sa crise sans qu'elle paraisse laisser aucune trace. Elle en laisse cependant, car, si légère qu'ait été l'infection, le péritoine est toujours atteint et peut devenir par la suite, si les adhérences ne se sont pas résorbées, la cause d'une occlusion intestinale aiguë.

M. Talamon avait déjà remarqué que les interventions les plus précoces pratiquées dès le début d'une appendicite légère permettaient de constater « du dépoli de la séreuse et des adhérences molles de l'appendice avec les parties ambiantes ». Depuis, un grand nombre d'auteurs ont signalé le fait. Dans une clinique sur le diagnostic des tumeurs de la fosse iliaque droite, M. Dieulafoy insiste sur ce fait que « dans sa migration extra-appendiculaire, l'infection qui peut rester cantonnée à la fosse iliaque droite, n'aboutit pas toujours à la formation de pus ; elle aboutit parfois à la formation de fausses membranes et d'adhérences exubérantes qui prennent l'aspect et la consistance de tissus fibroïdes et lardacés. » Ce processus peut gagner le mésentère et s'étaler au loin. « Des

tractus fibreux, durs, résistants, irrégulièrement distribués, écrivent MM. Tuffier et Marchand, rattachent l'appendice aux organes voisins, cæcum, iléon, mésentère, péritoine iliaque. »

MM. Letulle et Weinberg, après des recherches contrôlées par l'examen histologique en arrivent à conclure qu'à la suite d'une première crise, même légère, on constate toujours l'existence de lésions plus ou moins anciennes, preuve de la persistance d'une inflammation chronique latente.

D'ailleurs, les statistiques des lésions appendiculaires ou péri-appendiculaires, au cours des autopsies banales sont là pour venir à l'appui de la fréquence de cette infection péritonéale. Sur 146 autopsies pratiquées par MM. Tuffier et Jeanne, 47 fois seulement, le péritoine péri-appendiculaire a été trouvé sain. M. Byron Robinson, sur 418 autopsies, constate dans 45 pour 100 des cas les mêmes adhérences péri-appendiculaires. En supprimant les observations où ces lésions reconnaissent une origine différente de l'inflammation de l'appendice et que l'on pouvait rattacher à des organes voisins, on arrive cependant à la proportion de 35 à 40 pour 100 des cas où l'autopsie révèle une ancienne infection appendiculaire.

IV. Réaction péritonéale au cours des appendicites chroniques. — Mais ces lésions ne sont pas toutes le stigmate d'une appendicite aiguë, chirurgicale, guérie spontanément. MM. Letulle et Weinberg ont, en effet, démontré que les altérations pathologiques de l'appendice sont fort diverses. Ils ont constaté histologiquement

l'existence de ces appendicites chroniques, qui sont, elles aussi, une des causes fréquentes de cette réaction péritonéale. Et si l'on ne peut trouver, cliniquement, de passé appendiculaire assez net, chez un malade porteur de semblables lésions, on ne doit pas, pour cela, rejeter l'hypothèse de leur origine vermiculaire.

Si nous la reconnaissons presque toujours assez facilement dans ses manifestations aiguës, l'affection, en effet, est le plus souvent méconnue, pour peu qu'elle évolue d'une façon insidieuse, ou tout au moins si l'attention n'a pas été portée vers l'appendice par une poussée aiguë. « La raison en est peut-être, dit Levrey, dans le manque d'individualité fonctionnelle de l'organe malade. » Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai qu'une lésion réellement appendiculaire se manifeste parfois par les symptômes les plus variés, faisant souvent dévier l'examen clinique qui dirige ses investigations vers tout autre point que l'appendice. Cette forme chronique de l'affection fait encore l'objet d'un grand nombre d'études tendant à faire rentrer dans un cadre précis les symptômes si différents, les manifestations si variées de cette maladie. Et cette difficulté du diagnostic vient encore à l'appui de la démonstration anatomo-pathologique, relevée par les autopsies, pour prouver la fréquence de ces lésions, méconnues durant la vie du malade.

Mais que les antécédents appendiculaires soient plus ou moins nettement accusés, que l'inflammation chronique d'emblée ait évolué sans grande manifestation clinique, toujours l'infection laisse des traces de

son passage, prouvant, d'une façon très nette, que le péritoine a réagi.

Causes de la réaction péritonéale. — Après beaucoup d'autres auteurs, Mlle Von Mayer dit que « des néoformations inflammatoires péritonéales sont mentionnées dans presque tous les protocoles d'autopsies ». Et ce sont ces lésions, si constantes, qui avaient déjà conduit M. Roux (de Lausanne) à chercher une explication des douleurs de l'appendicite dans cette irritation péritonéale native. Ce sont elles aussi qui ont amené M. le professeur Tripier et M. Paviot à publier tout dernièrement les résultats de leurs recherches tendant à prouver que cette irritation péritonéale, toujours primitive, est la cause même de tous les accidents anatomiques, de toutes les manifestations cliniques. Et c'est à une infection vésiculaire qu'ils rattachent l'origine de cette péritonite, à qui seraient imputables beaucoup des accidents mis sur le compte des organes abdominaux.

Sans vouloir nous permettre de discuter cette opinion, nous constaterons seulement que dans les observations que nous avons pu recueillir, nous n'avons pas trouvé mention faite d'une lésion vésiculaire ou péri-vésiculaire, tandis que, presque toujours, les malades avaient attiré l'attention du clinicien sur des crises appendiculaires ou l'autopsie a relevé des lésions très nettes de cet organe.

Dans la *Presse médicale* du 10 septembre 1902, MM. Tuffier et Marchand prétendent que la péri-appendicite est toujours secondaire à l'endo appendicite : « Nous pensons, disent-ils, que cette péri-appendicite

productrice d'adhérences persistantes est généralement secondaire à une inflammation de la muqueuse. Cette inflammation peut être grave, gangréneuse ou bénigne, légère, elle peut se circonscrire et disparaître, ne laissant peu que ou point de traces de son passage sur cette muqueuse et laissant au contraire sur le péritoine qui enveloppe l'organe des stigmates indélébiles. Les périappendicites relèvent de la lymphangite sous-séreuse dont le point de départ est la lésion muqueuse. »

Et il nous a paru intéressant de faire remarquer ici qu'il peut exister une autre étiologie de la péri-appendicite causée par l'intermédiaire de l'adénopathie appendiculaire. MM. Tixier et Viannay ont fait, en 1901, une étude approfondie des ganglions où se jettent les lymphatiques de l'appendice et les résultats de leurs recherches sont exposés dans la thèse d'Auguy. Ils admettent trois groupes de ganglions : 1° iléo-appendiculaires ; 2° cœco-appendiculaires ; 3° méso-appendiculaires, assez irrégulièrement distribués d'ailleurs et pouvant exister les uns sans les autres. Leur inflammation est variable, mais fréquente, et les organes voisins peuvent participer à l'infection. Il se produit alors de la péri-adénite avec formation d'adhérences plus ou moins solides, rattachant les ganglions aux organes voisins et intéressant parfois le péritoine.

Mais que cette inflammation péritonéale soit primitive comme tendent à le démontrer M. le professeur Tripier et M. Paviot, qu'elle soit au contraire secondaire à l'infection de l'appendice, comme paraissent le prouver les recherches nécropsiques contrôlant les

manifestations cliniques, il n'en est pas moins certain qu'elle est constante et que cette péri-appendicite pourra secondairement être mise en cause dans la formation des adhérences et des brides qui nous intéressent.

Persistence des adhérences péritonéales. — Quant à la persistance de ces néoformations de défense, nous pensons qu'on peut conclure d'une façon générale à l'affirmative, rien que par le fait de leur fréquence constatée à l'autopsie souvent fort éloignée de l'époque des accidents. Si quelques adhérences se résorbent lorsque l'affection s'est éteinte, la majorité demeure et nous rapportons, comme preuve, plusieurs observations dans lesquelles l'occlusion causée par ces brides est survenue fort tard après la crise qui leur avait donné naissance ; dans un cas publié par M. Bérard, cette complication se produisit dix-sept ans après les phénomènes appendiculaires.

M. Tavel a tout dernièrement insisté au Congrès de chirurgie de 1903 sur ces adhérences consécutives à une crise appendiculaire, mais il ne les envisage pas dans leur généralité et ne considère que la péricolite : « Ces néoproductions consécutives à l'appendicite, dit-il, subissent une *dégénérescence cicatricielle*, se transforment en brides plus ou moins résistantes avec *tendance à la rétraction* ». Qu'elles se développent autour du côlon ou qu'elles s'étendent vers d'autres points de la cavité abdominale, il est naturel de penser que des productions identiques doivent évoluer de la même façon et cette tendance de la rétraction sera mise en cause dans quelques instants, lorsque nous chercherons

à expliquer l'action de ces brides dans les divers mécanismes de l'occlusion intestinale.

Cette organisation précoce, cette dégénérescence cicatricielle des adhérences formées, au moment de la crise appendiculaire, permet de comprendre leur persistance après la résection de l'appendice; et M. Tavel, parlant des péricôlites, disait au Congrès de chirurgie que l'opérateur devait s'attacher à examiner avec soin le côlon et à exciser les adhérences qui pourraient exister. « C'est, en négligeant cette précaution, ajoute-t-il, que les malades n'obtiennent souvent aucun avantage d'une opération qui devait les guérir. »

Donc, nous pouvons nous résumer en disant qu'une inflammation appendiculaire, à quelque degré qu'elle soit, entraîne toujours une réaction péritonéale qui se traduit par la formation de brides ou d'adhérences. Ces néoformations ne se résorbent pas pour la plupart et évoluent vers une transformation fibro-graisseuse cicatricielle avec une tendance à la rétraction.

Action des brides et des adhérences sur l'intestin.

— La présence de ces brides suffit maintenant pour expliquer très simplement l'apparition de l'occlusion intestinale. L'arrêt des matières et des gaz peut survenir lentement, s'installer sans grand fracas, insidieusement presque, ou bien, au contraire s'accompagner du tableau saisissant de l'étranglement interne; dans l'un et dans l'autre cas, il reconnaît la même cause, et la différence tient seulement au mécanisme de l'occlusion.

1° Une adhérence insérée sur une anse intestinale tendra tout naturellement, par le fait même de sa rétrac-

tion à coudre cette anse sur elle-même. Il s'ensuivra un défaut de mobilité de cette portion de l'intestin qui, réagissant bien moins à l'influence du péristaltisme, opposera un obstacle à la circulation des matières. Il y aura d'abord un simple retard, une stase passagère, puis l'inflexion s'accusant davantage, un véritable éperon se formera, entraînant l'accumulation des matières dans la partie supérieure de cette anse intestinale. La circulation devient rapidement difficile et bientôt impossible.

2° Une bride peut agir par le même mécanisme, ou bien encore, s'insérant par ses deux extrémités suivant le grand axe d'une portion de l'intestin, sa rétraction, au lieu d'en amener la coudure, produira la torsion de la partie intermédiaire.

3° Plus compliquée, cette torsion deviendra véritablement un volvulus, surtout s'il s'y joint l'action de brides adjacentes, d'adhérences multiples qui viennent coudre des portions d'intestin déjà tordues sur leur axe.

4° Enfin, une bride tendue entre deux viscères, entre deux points quelconques de la paroi ou entre une anse intestinale et la paroi abdominale, deviendra une cause d'étranglement interne.

En somme, nous retrouvons toutes les formes connues de l'occlusion intestinale par brides ou par adhérences, quelle que soit l'origine de ces formations péritonéales.

V. *Appendice, agent d'occlusion.* — Mais il existe dans les faits particuliers que nous envisageons un

mécanisme spécial, lorsque c'est l'appendice lui-même qui est en cause, agissant alors comme une bride et pouvant amener la coudure, la torsion ou l'étranglement de l'intestin. Ce diverticule fixé anormalement dans une situation vicieuse, adhérent par sa pointe à la paroi abdominale, à une anse intestinale, peut comprimer une portion quelconque du tube digestif, produire un volvulus de la terminaison de l'iléon. Entouré, blindé, pour ainsi dire, par les néoproductions de la séreuse qui l'enveloppe, il remplira le rôle d'une bride rigide et résistante sous laquelle viendra s'étrangler une anse intestinale. Son action est analogue parfois à celle de certains diverticules intestinaux, en particulier les restes du conduit omphalo-mésentérique, considérés comme agents de l'occlusion intestinale. Ces prolongements enserrant parfois d'un véritable nœud, simple ou double, une portion plus ou moins considérable d'intestin, amenant ainsi la formation des « nœuds diverticulaires de Parise ».

Tels sont, en général, les divers mécanismes d'occlusion que l'on peut observer à la suite d'une inflammation de l'appendice vermiculaire. Ils résultent tous d'une infection péritonéale constante après une crise d'appendicite et qui ne fait jamais défaut après une lésion de cet organe. Cette réaction de la séreuse entraîne, par l'intermédiaire des adhérences qu'elle a créées, des brides qu'elle a formées, la possibilité d'une occlusion intestinale. Cet accident qui se produira alors, selon un mécanisme bien connu et que nous n'avons fait qu'esquisser, ne présente d'intérêt à nos yeux que par l'origine de l'infection péritonéale qui en

est la cause directe. Le seul point un peu particulier est celui qui considère l'appendice lui-même comme agent de l'étranglement ou de la coudure, et ces faits ne sont pas aussi rares que l'on pourrait le supposer. Nous avons pu réunir quelques observations dans lesquelles ce mécanisme est parfaitement établi. Mais là encore cet organe n'agit pas seul ; il est fixé lui-même par des adhérences, preuve incontestable de la réaction péritonéale qui succède toujours à une crise appendiculaire.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique, ce qui caractérise les adhérences, les brides péritonéales consécutives à une appendicite ou plutôt à une péri-appendicite, c'est précisément de ne pas avoir de caractères constants : leur fréquence, leur siège, leur consistance, leur forme, tout cela est extrêmement variable et il serait malaisé d'essayer d'en tracer un tableau d'ensemble. Nous pourrions rapporter quelques-unes des dispositions les plus typiques de ces adhérences, mais il nous a semblé préférable de tenter d'en dégager les caractères principaux en faisant intervenir, au fur et à mesure de la description, les cas particuliers que nous avons pu recueillir dans nos observations.

Nous avons montré, en étudiant la formation de ces néoproductions, combien on pouvait noter souvent leur présence et nous avons ajouté que ces adhérences, constantes après une infection même légère de l'appendice, persistaient dans la majorité des cas au milieu de la séreuse péritonéale. Le nombre des autopsies qui en font mention, même chez des individus n'ayant pas présenté de signes appendiculaires, leur constatation au cours de l'intervention chirurgicale ou de la nécropsie chez les malades ayant eu une ou plusieurs crises

d'appendicite nous permet de conclure à une très grande fréquence. Existe-t-il un rapport entre le nombre de ces adhérences, de ces brides et l'intensité ou la durée de l'infection appendiculaire que l'on retrouve à leur origine ? Un simple raisonnement permettrait de conclure que leur fréquence doit être subordonnée à la gravité de la lésion primitive ; mais, en réalité, il est assez difficile de le constater, ces formations pouvant exister en nombre assez considérable au cours d'une appendicite de moyenne intensité et ne se manifestant que fort légèrement à la suite d'une infection assez grave. La durée de l'inflammation appendiculaire semble avoir beaucoup plus d'influence et entraîne la formation d'un plus grand nombre d'adhérences. C'est au cours des appendicites chroniques, des infections bâtarde que nous rencontrons de préférence ces amas de fausses membranes, noyant des portions plus ou moins étendues de l'intestin dans une gangue fibro-graisseuse épaisse et large.

Siège. — Quant à leur situation, leur siège dans la cavité abdominale, nous avons déjà dit que si le maximum des adhérences se trouvait dans la fosse iliaque droite, chevauchant sur le cæcum et la terminaison de l'iléon, on pouvait en rencontrer en des points assez éloignés de l'appendice. Cette position s'explique par l'évolution différente des accidents appendiculaires, suivant que l'infection primitive s'est accompagnée d'une péritonite généralisée, d'un abcès localisé, ou bien s'est développée d'une façon insidieuse ou chronique.

Dans le premier cas, nous rencontrons des adhérences multiples éparses dans la cavité abdominale et amenant de l'arrêt des matières en des points très divers du tube intestinal.

Si l'appendicite a évolué vers la formation d'un abcès enkysté, c'est au niveau de ce foyer que nous trouverons le maximum des lésions. Et nous avons déjà dit combien sa situation pouvait être variable, puisqu'elle dépendait elle-même des positions si diverses de l'appendice. D'une façon générale, c'est toujours au niveau du cæcum ou de la fin de l'iléon qu'on les rencontre en plus grand nombre, mais elles existent aussi dans le petit bassin, peuvent se trouver en des points assez éloignés de la cavité abdominale, suivant que l'abcès s'est développé plus ou moins loin de la fosse iliaque droite.

Enfin, lorsque l'infection appendiculaire ne s'est pas accompagnée de perforation, quand elle a évolué d'une façon latente et chronique, c'est tout naturellement autour de l'appendice que les brides et les adhérences péritonéales se trouvent réunies en plus grande quantité. Si quelquefois on peut retrouver des traces de lésions dans le reste de la séreuse péritonéale, dans la majorité des cas elle est indemne dans toute son étendue et ne présente d'altérations que dans la portion qui entre en rapport avec l'appendice vermiculaire. Ici alors les lésions sont différentes suivant que l'on rencontre un amas d'adhérences ou de fausses membranes engainant le diverticule iléo-cæcal ou, au contraire, reliant l'appendice à une autre portion de l'intestin, à la paroi abdominale. Leur mode d'action est

naturellement très différent et nous verrons en étudiant les lésions de l'intestin comment il se comporte : « Parfois, dit M. Dieulafoy, le cæcum enserré dans du tissu inflammatoire est méconnaissable, la portion du gros intestin étant remplacée par une masse conjonctive et fibreuse où se fondent l'iléon et le côlon ascendant, ou bien dans sa migration extra-appendiculaire l'infection aboutit à la formation d'adhérences exubérantes qui gagnent le mésentère pour aller s'étaler au loin. »

Forme. — D'une façon générale, les brides et les lames émanant de l'appendice et rayonnant sur l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant ou d'autres portions de l'intestin peuvent se ramener à deux formes principales. Ou bien ce sont des adhérences très courtes, assez larges, soudant entre elles plusieurs anses intestinales qu'elles immobilisent dans une position défectueuse pour la circulation des matières, ou bien on rencontre des brides beaucoup plus étroites et caractérisées par leur longueur, dont le point de départ se trouve toujours sur l'appendice ou dans son voisinage et qui vont s'attacher à une distance plus ou moins grande sur un organe, sur une anse grêle, sur le côlon. Celles-ci ont une épaisseur variable depuis un simple tractus filamenteux jusqu'à atteindre les dimensions plus grossières d'une plume d'oie et même du petit doigt. Elles sont cylindriques ou aplaties ; quelques-unes blanchâtres, d'autres plus transparentes.

Structure. — Au point de vue de leur structure, il nous faut distinguer les adhérences récentes, qui suc-

cèdent immédiatement à l'appendicite, qui accompagnent même cette inflammation, et les adhérences anciennes, celles qui nous intéressent plus spécialement, capables d'amener les phénomènes d'occlusion que nous étudions.

Au début, la réaction péritonéale produit un simple exsudat fibrineux, s'épanchant entre les anses intestinales. Dilatation des vaisseaux dans le tissu sous-séreux, infiltration cellulaire abondante, et la néomembrane se constitue. Mais ce sont des adhérences celluleuses, minces, lâches, se laissant distendre facilement, fausses membranes friables, en voie d'organisation, incapables par elles-mêmes de fixer, de maintenir une anse intestinale.

Si l'évolution continue, et c'est la règle, un tissu conjonctif de nouvelle formation s'adjoint à la structure de cette néomembrane qui tend à devenir fibreuse, fibro-graisseuse et qui sera d'autant plus résistante qu'elle date de plus longtemps. L'organisation devient alors définitive, et nous avons une bride constituée par du tissu conjonctif plus ou moins dense dans lequel peuvent circuler des vaisseaux sanguins de calibre variable, des vaisseaux lymphatiques. Wirchow a même dit y avoir trouvé des nerfs (Dupouy).

Un caractère important de ces brides, sur lequel nous avons insisté en étudiant leur mécanisme dans l'occlusion intestinale et que M. Tavel a bien mis en avant au Congrès de chirurgie de 1903, c'est leur tendance à la rétraction cicatricielle, d'autant plus marquée que l'adhérence est plus ancienne, que son organisation est plus avancée.

Lorsque l'appendice lui-même est en cause et produit l'étranglement, il présente en général des traces de sclérose, d'infection chronique ou ancienne en même temps que des lésions fort nettes de la séreuse périappendiculaire. Déjà variable par la situation qu'il occupe à l'état normal, cet organe voit sa position se transformer d'une manière pour ainsi dire indéfinie, quand il y a appendicite, en raison des contractions qui animent les diverses parties du tube intestinal (Barth). Remontant en avant ou en arrière du cæcum pour venir s'insérer, par l'intermédiaire d'une adhérence courte, sur une anse grêle, sur le côlon ou à la paroi abdominale, il aura la même action qu'une bride qui occuperait cette situation, entraînant la coudure ou la torsion de la portion intestinale sur laquelle il s'attache, amenant la compression des anses au-devant desquelles il est tendu. Plus souvent son action sera plus compliquée parce qu'il s'y joindra celle des adhérences ou des brides qu'aura fait naître son inflammation.

Lésions de l'intestin. — Il nous reste à rechercher justement l'action de ces brides sur l'intestin ou plutôt les altérations qu'elles déterminent : d'abord les modifications de calibre qui vont entraîner l'arrêt des matières et des gaz et puis les altérations anatomiques de la paroi intestinale.

Le premier point fait plutôt partie du domaine du mécanisme de l'occlusion que de celui de l'anatomie pathologique, et nous en avons déjà parlé, très superficiellement d'ailleurs, en montrant que les occlusions par brides d'origine appendiculaire n'avaient rien de particulier qui les différencie des occlusions par brides

en général. La coudure, la torsion, le volvulus, l'étranglement de l'intestin s'accomplissent de la même manière, que les brides qui sont en cause reconnaissent une origine organique quelconque, génitale ou appendiculaire. Un point cependant a frappé notre attention dans les observations que nous avons pu recueillir : c'est la multiplicité des adhérences entraînant souvent des lésions nombreuses, produisant à la fois deux et trois coudures, un volvulus très compliqué, mêlant en un inextricable enchevêtrement la portion terminale de l'iléon, le cæcum, l'appendice ou son moignon et la partie inférieure du côlon ascendant. Un mécanisme assez singulier a été rapporté tout dernièrement par M. Lapeyre, au Congrès de chirurgie. Il s'agissait du volvulus d'une anse grêle provoqué par le passage de cette anse au-devant du grand épiploon, lui-même enfoui au milieu de la masse intestinale. Le grand épiploon occupait cette situation anormale, par suite d'adhérences qui fixaient ses angles inférieurs, droit et gauche, aux deux fosses iliaques. L'adhérence à droite était particulièrement intime ; l'appendice malade était engagé dans l'épiploon infiltré et altéré. Cette infiltration de l'épiploon et du mésentère, d'origine appendiculaire, a déjà été mise en évidence par M. Karewski, à la Société de médecine Berlinoise.

Un second point à établir est que la coudure pouvant se faire lentement, s'établir progressivement par suite de l'évolution de la bride qui est en cause, la symptomatologie de l'occlusion sera variable ne s'aggravant que peu à peu pour aboutir, en fin de compte, à l'arrêt complet des matières et des gaz.

Enfin la constriction de l'intestin peut être telle qu'il s'ensuive de la gangrène des parois avec tous les dangers qui en sont la conséquence. Quelquefois l'opérateur a eu le temps d'intervenir pour lever l'obstacle avant la production de cet accident, mais dans bien des cas, la teinte brunâtre, feuille morte de l'intestin, prouve le défaut de nutrition de la paroi et l'accroissement de l'infection. Cette gangrène va même, parfois, jusqu'à la perforation, et c'est une péritonite généralisée qui emporte le malade, alors même qu'une intervention avait pu supprimer l'obstacle au cours des matières.

Ce sont, en résumé, les types les plus divers que l'on peut rencontrer et il n'existe pas, à proprement parler, de caractères particuliers à l'occlusion intestinale occasionnée par des brides ou des adhérences qui reconnaissent une origine appendiculaire.

Pour être complet dans l'étude de la pathogénie comme de l'anatomie de ces accidents, il faudrait rapporter chacun des cas particuliers relevés dans les observations. Nous avons jusqu'ici essayé simplement d'insister sur deux faits : le premier, qu'une lésion appendiculaire est capable, par la réaction péritonéale qui lui succède toujours, d'amener la formation de brides ou d'adhérences et, en second lieu, que ces néoformations peuvent déterminer une occlusion mécanique de l'intestin.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'occlusion intestinale en général est trop connu pour que nous rapportions ici toute la symptomatologie sur laquelle il repose. Nous insisterons seulement sur les diverses formes que l'on peut observer à la suite d'une crise d'appendicite et les moyens dont on peut disposer pour soupçonner cette étiologie.

L'occlusion intestinale, nous l'avons vu, peut apparaître à une époque très variable depuis le début des accidents appendiculaires. Elle survient dans les premiers jours qui suivent la guérison de la crise ou l'intervention opératoire, ou bien se montre à plus ou moins longue échéance chez un individu qui a présenté autrefois des symptômes d'appendicite. L'apparition des accidents nous permet donc de diviser cette complication en : occlusion précoce et occlusion tardive.

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces formes, il est une série de symptômes cardinaux que l'on retrouve dans tous les cas d'occlusion : ce sont ces symptômes communs que nous envisagerons après avoir caractérisé brièvement l'occlusion précoce et l'occlusion tardive.

I. *Occlusion précoce.* — Il est assez difficile au premier abord de la limiter dans le temps. Cette distinction peut encore se faire chez l'opéré, car ici la cicatrisation complète de la plaie de la laparotomie semble la barrière naturelle qui sépare les accidents immédiats des complications plus tardives. C'est d'ailleurs la division admise par Broca dans ses « Leçons cliniques », lorsqu'il distingue les faits « où l'occlusion vient compliquer l'évolution d'un abcès appendiculaire incisé et non encore cicatrisé et ceux où elle éclate après une période plus ou moins longue de santé ». Mais chez l'individu qui n'a pas subi d'opération la limite est plus arbitraire, et il nous a semblé logique de la fixer à la terminaison de la crise appendiculaire, à la disparition des phénomènes infectieux et douloureux.

II. *Occlusion tardive.* — Quant à l'occlusion dite tardive, très capricieuse dans son apparition comme dans son évolution, empruntant tantôt la physionomie tragique de l'étranglement interne, tantôt au contraire mettant des semaines à se constituer insidieusement, elle peut se rencontrer à une période plus ou moins éloignée de l'accident primitif, et cette apparition retardée quelquefois de plusieurs années (14 ans, dans un cas de Broca, 17 ans dans un cas de M. Bérard) augmente beaucoup les difficultés d'un diagnostic déjà délicat. Au point de vue de sa fréquence elle l'emporte de beaucoup sur le nombre des occlusions précoces que nous avons pu réunir, et la plupart de nos observations se rapportent à des occlusions tardives.

Symptômes — Comme nous l'avons déjà entrevu,

précoce ou tardive, l'occlusion présentera un tableau clinique souvent banal et sa nature appendiculaire pourra être fréquemment méconnue.

Les symptômes, en effet, sont ceux de tout arrêt dans le cours des matières contenues dans l'intestin : arrêt brusque, arrêt lent, tels sont les deux modalités que l'on peut rencontrer et qui diffèrent nettement dans leur évolution.

Occlusion aiguë. — Comme son nom l'indique la forme aigue de cet accident survient avec brutalité ; c'est un début brusque avec douleur angoissante, syn-copale, tantôt localisée au point où siège l'obstacle, plus souvent généralisée à tout l'abdomen.

Le facies est pâle, anxieux, baigné de sueurs, en un mot péritonéal. Les vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux, deviennent rapidement porracés, puis fécaloïdes ; l'arrêt des matières et des gaz est complet. Nous avons là, en quelques mots, très rapidement tracé le tableau symptomatique de l'occlusion aiguë ; les différents modes d'investigation clinique ajoutent quelques renseignements plus ou moins précis ou importants ; c'est le ventre rétracté dans les premières heures qui se ballonne et dessine parfois nettement le contour des anses intestinales météorisées, c'est l'hyperesthésie cutanée que la palpation superficielle permet quelquefois de déceler, c'est le tympanisme qui refoule le diaphragme et produit la dyspnée.

Nous ne voulons pas nous attarder plus longtemps sur cette symptomatologie bien connue et cependant un point particulier relevé dans quelques rares observations a attiré notre attention. Dans la majorité des

cas, l'occlusion est apyrétique, avec même une tendance à l'hypothermie, le pouls est petit, dépressible, abdominal, traduisant cette sorte de dissociation qui résulte de l'intoxication stercorémique et qui s'observe également dans les péritonites putrides. Mais, dans quelques observations d'occlusion post-appendiculaire nous avons relevé une légère ascension de la courbe thermique : comment interpréter ce fait d'une lésion essentiellement mécanique débutant avec une élévation de température ? Celle-ci est excessivement légère il est vrai, puisque le thermomètre dépasse rarement 38 degrés. Mais elle existe néanmoins et, en tous cas nous avons relevé beaucoup moins fréquemment de l'hypothermie dans nos observations. Ne serait-il pas permis de chercher l'explication de ce phénomène dans l'existence du vieux foyer d'infection qui persiste au niveau de l'appendice ou de son moignon. Celui-ci se réveillerait sous l'influence de la moindre épine irritative et sa réaction se traduirait par une légère ascension thermique

Occlusion chronique. — Bien différent est le tableau clinique de l'occlusion chronique : ici, au premier abord, aucun des symptômes alarmants qui caractérisent le processus aigu. S'installant parfois insidieusement, ses premières manifestations n'attirent pas l'attention du sujet ou de son entourage : quelques douleurs vagues, un certain degré de constipation alternant avec de la diarrhée, parfois une crise de rétention absolue des matières durant quelques jours et se terminant par une débâcle, tels sont les premiers symptômes qui peuvent d'autant mieux passer inaperçus

que les malades chez lesquels ils se montrent sont pour ainsi dire normalement constipés, après leur crise d'appendicite.

Et si même la symptomatologie n'est pas aussi larvée, le début moins insidieux, se traduisant par de la douleur pourra en imposer pour une nouvelle crise appendiculaire ; la persistance des accidents, s'ils sont bénins, pourra faire penser à la forme chronique de l'appendicite.

Même dans l'occlusion précoce post-opératoire, le diagnostic ne peut souvent pas être posé d'emblée. Il est de règle qu'après l'opération la constipation persiste plus ou moins longtemps. Sans doute, elle est loin d'être absolue et, après quelques jours d'inquiétude, une purgation amène enfin la débacle définitive. Mais si l'occlusion s'établit lentement, elle empruntera ces mêmes caractères et le chirurgien pourra quelquefois n'y penser que lorsque les symptômes plus graves se sont déclarés.

Car bientôt, les crises de rétention deviennent plus fréquentes et alors même que l'occlusion n'est pas absolue, le malade se cachectise : il y a une résorption plus ou moins abondante de toxines intestinales dont le cours est entravé. Mais l'évolution de cet accident peut aussi aboutir lentement à l'arrêt complet des matières et des gaz avec l'ensemble des symptômes si graves et d'un pronostic si sévère qui l'accompagnent.

Diagnostic. — Si le chirurgien n'hésite pas en face du tableau symptomatique d'une occlusion intestinale, le diagnostic de la cause, la pathogénie des

accidents sont beaucoup plus difficiles à interpréter et à établir.

En présence d'une occlusion aiguë, la cause et la forme échappent très souvent au clinicien et ce n'est que la laparotomie, dans la majorité des cas, qui montre que l'on a eu affaire à une bride, une coudure, un volvulus siégeant en tel ou tel endroit du tractus intestinal. Quels sont donc les points qui peuvent mettre sur la voie de l'origine appendiculaire d'une occlusion ?

Les antécédents du malade peuvent tout d'abord donner certains renseignements et, dans une occlusion même très tardive, on peut quelquefois retrouver un passé appendiculaire, parfois même contresigné par la cicatrice d'une laparotomie.

Dans d'autres cas, l'interrogatoire du malade réveillera le souvenir de troubles passagers, quelquefois peu intenses, mais qui avaient pour siège la fosse iliaque droite et s'accompagnaient de crises de constipation. Ici, le diagnostic devient plus difficile à établir, car on peut se trouver en présence d'une poussée aiguë survenant chez un individu porteur d'une appendicite chronique et évoluant avec la forme d'obstruction intestinale. Un fait cependant éveillerait l'attention du chirurgien : c'est l'élévation de température notable. Une appendicite aiguë, s'accompagnant d'une réaction péritonéale assez intense pour entraîner la paralysie intestinale, ne va pas sans hyperthermie assez considérable.

Mais les difficultés du diagnostic sont plus grandes encore lorsqu'il ne s'agit pas d'une occlusion aussi

aiguë, lorsque l'arrêt des matières et des gaz s'établit lentement, presque insidieusement.

Toutes les formes chroniques d'obstruction peuvent être supposées et, si le malade accuse des poussées d'appendicites antérieures à son accident, la première pensée du clinicien ira vers une infection nouvelle localisée à cet organe. Les caractères de l'accès douloureux, des crises d'occlusion, joints à l'absence de l'hyperthermie, bien marquée, qui accompagne l'infection, serviront cependant quelquefois à écarter la pensée d'une nouvelle colique appendiculaire ; la crise est vive, plus ou moins courte, et l'émission de gaz qui en marque la fin est plutôt en faveur d'un accès purement intestinal qu'appendiculaire. En présence d'une occlusion chronique, peut-on en déterminer la cause ? L'ensemble des caractères de l'accès douloureux peut éclairer un peu le diagnostic : dans la sténose intestinale, ces caractères sont réunis par Doppe, sous le nom de syndrome de Kœnig : la crise se termine par l'aplatissement d'une anse intestinale saillante, avec apparition de bruits musicaux sur lesquels le malade appelle d'ailleurs l'attention. Dans l'occlusion par bride, ce syndrome fait défaut.

Mais le diagnostic reste très délicat et, si l'on peut arriver à soupçonner une bride comme cause de l'arrêt des matières et des gaz, son étiologie peut passer inaperçue. La localisation de l'obstacle peut être parfois fixée sur la fin de l'iléon, grâce à la disposition de l'abdomen saillant, grâce à la platitude des flancs, à leur matité, contrastant avec la distension et le tympanisme de la région ombilicale. Mais ici, et surtout chez la

femme, on peut incriminer toutes les causes nombreuses d'irritation péritonéale qui peuvent amener la formation des adhérences. Nous rappellerons seulement un cas particulier que nous avons pu constater dans le service de M. le professeur Jaboulay : c'était un malade qui présentait une occlusion par coudure due à une bride péritonéale causée très probablement par une perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde. Et c'est ici justement où les antécédents du malade auront le plus de valeur, car ils permettront de rapporter ou non à l'infection appendiculaire la formation de la bride, des adhérences qui sont en cause.

Il résulte, en somme, de ce qui précède que lorsqu'aux difficultés de diagnostic d'occlusion se joint la donnée délicate de la recherche de l'étiologie, le problème est si complexe, si ardu dans certains cas que la solution peut échapper au clinicien. Les antécédents, les anamnestiques, l'examen local même peuvent dans certains cas, mettre sur la voie et permettre de supposer l'origine appendiculaire d'une occlusion intestinale, mais aucun signe pathognomonique ne donne le droit de l'affirmer.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

On l'a dit souvent avec beaucoup de justesse : « Ce qui crée l'incertitude des indications dans l'occlusion intestinale, c'est le plus souvent l'incertitude du diagnostic. » Et, de fait, la symptomatologie de l'occlusion d'origine appendiculaire est si variable dans ses manifestations que la précocité du diagnostic est parfois malaisée, surtout lorsque cet accident évolue d'une façon insidieuse et chronique.

En présence d'un malade qui présente simplement des crises d'obstruction, on n'a recours qu'en dernier lieu à une intervention chirurgicale ; et ce n'est bien souvent qu'après avoir essayé les lavements, l'entéro-clyse ou l'électricité que, devant la persistance et l'aggravation des symptômes, le chirurgien se décide à la laparotomie et l'opération tardive, à laquelle on est fatalement amené dans les accidents que nous envisageons, ne donnera plus les résultats qu'on était en droit d'espérer en agissant plus tôt. La valeur d'une intervention précoce s'impose par la nature même de l'agent d'occlusion qui ne peut céder que chirurgicalement.

Et devant les symptômes de l'occlusion intestinale, toutes les fois qu'il aura pu relever chez le malade un passé appendiculaire lui faisant soupçonner des brides

ou l'appendice comme étant en cause, le chirurgien devra recourir à la laparotomie.

Doit-on pratiquer la laparotomie médiane ou latérale ? La question est assez difficile à trancher d'une façon générale, car chaque cas particulier peut entraîner avec lui des circonstances spéciales qui décident l'une ou l'autre de ces interventions. La localisation de l'obstacle servira quelquefois d'indication, mais on peut rarement la préciser et, d'une façon générale — nous le constatons dans la plupart des observations que nous rapportons —, on a recours à la laparotomie médiane. Cette intervention suffit généralement pour découvrir l'obstacle, et nous trouvons un cas seulement dans lequel on dut pratiquer une contre-incision latérale pour pouvoir dégager les anses intestinales.

Dans ses leçons cliniques, M. Broca s'appuie justement sur la division des occlusions appendiculaires en précoces et tardives pour affirmer que les premières sont justiciables de l'incision latérale, tandis que les occlusions tardives entraînent la nécessité de faire une laparotomie médiane. Il est tout naturel que, si la précocité des accidents le permet, on se serve d'une incision à peine cicatrisée pour atteindre un obstacle siégeant certainement dans les environs de l'abcès opéré ; mais ces cas d'occlusion si rapide après l'incision d'une péritonite enkystée sont rares, et comme beaucoup plus généralement nous avons affaire à une occlusion tardive, ce n'est pas aller contre la théorie de M. Broca que de préconiser la laparotomie médiane.

L'intervention comprend deux temps : le premier

pendant lequel l'opérateur cherche l'obstacle ; le second, qui consiste à rétablir le cours des matières.

La recherche de l'obstacle est quelquefois malaisée ; on n'y parvient souvent qu'en examinant successivement les différents segments de l'intestin, ou bien encore en pratiquant l'éviscération totale qui consiste à extraire du ventre la masse intestinale qu'on étale sur des compresses chaudes. Mais dans la plupart des cas qui nous intéressent, l'obstacle siège sur le cæcum ou sur la terminaison de l'iléon, c'est donc ce point de l'intestin qu'il faut découvrir en premier lieu. D'autant que, si l'obstruction se trouve en aval ou en amont, l'examen du cæcum renseignera immédiatement sur la direction que doivent suivre les recherches.

I. Procédés que l'on peut employer. — La cause de l'occlusion découverte, plusieurs procédés sont applicables pour la supprimer. Les uns s'adressent directement à l'obstacle ; d'autres emploient une voie détournée pour rétablir la perméabilité intestinale ; certains, enfin, sont plus radicaux et retranchent la portion d'intestin qui entrave la circulation des matières.

a) *Procédés s'adressant à l'obstacle.* — Ce sont ceux qui consistent à libérer les adhérences, à dénouer les volvulus, à réséquer les brides qui causent l'occlusion. Mais si l'opération est simple dans certains cas, lorsque le nœud est assez peu compliqué ou bien quand la disposition des brides permet la résection facile, on a quelquefois besoin de recourir aux autres procédés que nous examinerons plus loin.

La libération des adhérences, peut se faire avec le doigt, lorsque celles-ci sont suffisamment lâches ou molles pour se rompre facilement : mais on a très souvent affaire à des brides épaisses et résistantes qu'il faut sectionner. On doit même pratiquer très soigneusement l'excision du tractus fibreux et ne pas se contenter de la simple section, car la présence de ces brides pourrait servir d'amorce à la formation de nouvelles adhérences. Il est indiqué de pratiquer cette résection entre deux ligatures, puisque, nous l'avons vu en étudiant leur structure, la présence de vaisseaux sanguins pourrait entraîner une hémorragie.

Au cours de cette intervention un accident peut se produire : la portion de la paroi intestinale sur laquelle vient s'implanter la lame fibreuse cède sous l'effort de la décortication et la perforation qui en résulte nécessite un enfouissement immédiat.

En présence d'un volvulus, le chirurgien devra chercher toujours à pratiquer la détorsion en masse, à moins que l'intrication ne rende cette manœuvre impossible, ou que l'état des parois de l'intestin ne contre-indique d'une manière absolue l'emploi de cette méthode. Mais la présence de plaques couleur « feuille morte » n'est pas toujours une indication formelle de la résection. M. le professeur Jaboulay a pu constater, à propos d'un cas de hernie étranglée, qu'une portion d'intestin ayant même subi un commencement de sphacèle pouvait reprendre de la vitalité. On peut donc essayer de s'abstenir d'une intervention plus radicale, à condition de pouvoir assurer un drainage sérieux, après désinfection.

Lorsque l'obstacle est dû à l'appendice lui-même, on en pratique naturellement la résection suivant la technique ordinaire.

b) *Procédés contournant l'obstacle.* — Mais les procédés relativement simples que nous venons d'exposer ne sont pas toujours applicables. La multiplicité des adhérences, l'intrication d'un volvulus s'opposent quelquefois aux manœuvres qui tendent à rétablir la perméabilité intestinale dans sa continuité primitive. Ne pouvant supprimer l'obstacle, divers procédés le contournent; leur principe est commun : l'abouchement de la partie située en amont du siège de l'obstruction avec un point plus ou moins éloigné de la portion située en aval. Deux méthodes principales s'offrent au chirurgien : l'entéro-anastomose et l'exclusion.

1. L'entéro-anastomose sera pratiquée en amenant au contact les deux anses intestinales choisies et en les réunissant, soit par une suture, soit par l'intermédiaire d'un bouton anastomotique. Et ici, on peut utiliser de préférence le bouton de MM. Jaboulay et Bérard qui a l'avantage de supprimer la suture et de réaliser une contention parfaite.

2. L'exclusion consiste à supprimer la circulation des matières fécales dans un segment plus ou moins étendu d'intestin. Elle est bilatérale quand la portion qui renferme l'obstacle est séparée définitivement des deux côtés et abouchée à la peau. Elle est unilatérale quand le bout inférieur du segment exclu communique encore avec le reste de l'intestin. Dans la plupart de nos observations, l'obstacle siège au niveau du cæcum et chevauche plus ou moins sur la terminaison de l'iléon.

Dans ces cas, l'exclusion unilatérale, pour être utile, doit faire aboucher l'iléon dans l'S iliaque ; l'anastomose avec le côlon ascendant et même avec le côlon transverse entraînerait fatalement, par le fait même de la pesanteur, de l'accumulation des matières dans le cæcum.

c) *Procédé supprimant l'obstacle avec une portion d'intestin.* — Il ne nous reste plus qu'à citer un procédé plus radical encore que ceux que nous venons d'envisager : c'est l'entérectomie, la suppression du segment intestinal où siège l'obstacle. La section de l'intestin sera faite au-dessus et au-dessous du volvulus ou des adhérences qui causent l'arrêt des matières fécales, et on pourra effectuer la réunion au moyen des différents procédés de suture ou, mieux encore, à l'aide d'un bouton anastomotique.

II. Comparaison des différents procédés. —

Nous n'avons pas pu recueillir suffisamment de cas particuliers dans chacun des procédés que nous venons de décrire pour établir entre eux une comparaison essentiellement basée sur les résultats opératoires. Nous ne pouvons que discuter un peu théoriquement la valeur de chacun d'eux en nous servant à la fois de nos observations et des résultats obtenus dans d'autres cas de chirurgie intestinale.

Le premier groupe qui s'adresse directement à l'obstacle est le plus rationnel et le meilleur. Et, de fait, c'est le procédé que nous avons relevé dans presque toutes les observations recueillies. L'opération est relativement facile ; la section des brides n'entraîne que rare-

ment des accidents, auxquels on peut d'ailleurs parer immédiatement ; et les résultats opératoires sont bons dans la majorité des cas. Mais la disposition même des adhérences ne permet pas quelquefois une intervention aussi simple et leur multiplicité au sein de masses intestinales enroulées et tordues peut être une contre-indication à une tentative de dissection. Dans d'autres cas, et particulièrement lorsqu'ils sont épais et larges, on a à redouter la reproduction de ces tractus fibreux et une nouvelle apparition, dans la suite, des phénomènes d'occlusion. Si l'intestin est noyé dans un magma de fausses membranes, la rupture ou la section de celui-ci mettra en présence les deux feuillets péritonéaux ; les deux surfaces encore saignantes ou tout au moins dépolies tendront tout naturellement à s'accoler à nouveau, et l'on aura toujours à craindre une nouvelle réunion. M. Langlais a étudié dans sa thèse ces inflammations péritonales lorsqu'elles sont consécutives à un ulcère de l'estomac, mais le rapprochement nous est permis ici, car l'évolution de la périgastrite et celle de la pérityphlite présentent beaucoup d'analogies et les altérations péritonéales se ressemblent dans bien des cas. Il envisage justement ces cas d'adhérences larges qui ont tendance à se reformer et recherche les moyens employés pour empêcher cette reproduction.

L'hémostase, la péritonisation, insuffisantes dans bien des cas, l'amènent à discuter la gastro-entéro-anastomose et nous conduisent également à envisager deux autres procédés tendant à contourner ou à supprimer l'obstacle pour rétablir la perméabilité intestinale.

Pour discuter entre l'anastomose, l'exclusion ou

l'entérectomie appliquées à ces cas d'occlusions appendiculaires, il aurait fallu pouvoir réunir un certain nombre d'observations et considérer les résultats obtenus ; mais, nous l'avons dit plus haut, nous n'avons pas rencontré ces procédés employés, et c'est surtout théoriquement que nous envisageons ici ces différentes méthodes.

L'entéro-anastomose présente des avantages importants. D'une exécution relativement plus facile et surtout plus rapide, elle ne supprime pas, comme l'exclusion, une portion assez étendue du tube intestinal et elle évite souvent au malade le shock opératoire qui succède toujours à une entérectomie. Mais on lui a objecté qu'elle permet l'accumulation des matières dans l'anse intermédiaire, qui pourront secondairement entraîner des obstructions partielles. Et, théoriquement, l'exclusion unilatérale lui paraît préférable. Mais elle supprime la plus grande partie du gros intestin, puisque, dans les faits que nous envisageons, l'obstacle siège près du cæcum et nécessite une anastomose iléo-sigmoïde.

L'entérectomie reste donc, il nous semble, la méthode idéale toutes les fois qu'on ne pourra supprimer directement l'obstacle à la circulation intestinale. Ce procédé, comme les autres d'ailleurs, présente à côté de ses avantages quelques inconvénients, mais il doit supprimer la crainte des obstructions secondaires, et il assure une libre circulation.

Au Congrès de chirurgie de 1903, M. Hartmann a rapporté plusieurs cas de résection iléo-cæcale. L'une de ses observations a trait à une occlusion consécutive

à une série de crises d'appendicite. Il fit la résection avec fermeture des deux bouts et anastomose latérale : le malade guérit. Dans une seconde observation que nous avons pu rapporter, M. le professeur Jaboulay, en présence d'une portion sphacélée assez étendue, fit une résection de l'intestin et établit une anastomose iléo-côlique. Le malade, opéré trop tard, présentait des phénomènes d'intoxication stercorémique et mourut quatre heures après l'opération.

Le shock opératoire qui lui succède et qui, joint à la difficulté et à la longueur de l'intervention, constitue le plus grand des inconvénients de cette méthode, ne doit pas pour cela la faire rejeter, car toutes les fois que l'opération pourra être précoce, le malade la supportera bien et les résultats, même éloignés, ne peuvent qu'être bons.

III. Du procédé à employer. — En présence d'un malade présentant des symptômes d'occlusion et chez lequel il y a lieu de soupçonner une étiologie appendiculaire, à quelle méthode devons-nous recourir, quel procédé devons-nous employer?

Un premier point, sur l'importance duquel nous ne reviendrons pas ici, c'est l'inconvénient de s'attarder à des procédés plutôt médicaux, tels que les purgatifs, l'entéroclyse ou le lavement électrique. Il faut voir l'obstacle et le voir le plus tôt possible ; donc la laparotomie s'impose.

Et, à ce sujet, nous ferons remarquer qu'en envisageant les divers procédés à employer comme traitement d'une semblable occlusion, nous avons omis, volon-

tairement d'ailleurs, de parler de l'anús contre nature. C'est, qu'en effet, nous ne considérons pas cette opération comme un mode de traitement et les résultats d'une pareille intervention ne peuvent qu'être mauvais à tous les points de vue. L'obstacle à la circulation des matières que nous étudions doit, dans tous les cas, être recherché et être enlevé. Il ne présente aucun caractère inflammatoire, aucune tendance à l'envahissement qui puisse faire craindre une récurrence et sa suppression devant fatalement amener la guérison des accidents, c'est sur lui que doit porter toute l'action chirurgicale. La seule indication qui permette une entérostomie se trouve dans l'état du malade, lorsqu'on est appelé dans les derniers moments et qu'il n'existe presque plus d'espoir. La laparotomie, dans ces cas, ne pourrait que hâter la fin du malade, tandis que l'entérostomie, par le soulagement immédiat qu'elle amène, peut être suivie de bons résultats. Nous rapportons une observation de Cestan, dans laquelle une enfant ainsi traitée *in extremis* par l'abouchement à la peau de l'anse adhérente, put guérir. Mais c'est là un fait exceptionnel et, si l'on est autorisé à pratiquer l'entérostomie quand on est appelé trop tard auprès du malade déjà presque à l'agonie, on aura toujours recours à la laparotomie. Quénu, Delbet, Lucas-Championnière arrivent à cette conclusion que, dans des cas analogues, l'établissement d'un anus contre nature reste le plus souvent inefficace et que le seul traitement rationnel se trouve dans la laparotomie et l'éviscération pratiquée le plus tôt possible.

L'anús iliaque, l'entérostomie ne seront d'ailleurs,

si l'on emploie cette méthode, que des traitements temporaires, et l'on devra toujours agir sur la cause de l'occlusion, essayer de lever l'obstacle pour rétablir la perméabilité de l'intestin.

Donc, la laparotomie la plus précoce offre le plus de chances de succès. La recherche de l'obstacle se fera méthodiquement en partant du cæcum où, d'ailleurs, on le rencontrera le plus souvent. Puis, avant toute autre méthode, on devra toujours tenter la libération de l'intestin.

Dans le cas seulement d'impossibilité absolue, on emploiera un procédé plus radical et, si l'on se trouve opérer de bonne heure, on donnera le choix à l'entérectomie.

Si l'intervention est un peu tardive, chez un malade déjà fortement affaibli et si l'intensité des phénomènes d'occlusion est faible, l'entéro-anastomose ou, de préférence, l'exclusion unilatérale nous paraissent les procédés de choix.

Enfin, même si l'on intervient de bonne heure au cours d'une occlusion très aiguë, si la durée de l'entérectomie ne peut être supportée par le malade, il y aura intérêt à tenter l'exclusion bilatérale avec abouchement à la peau du segment intermédiaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Appendicite chronique et occlusion intestinale aiguë
(Bouglé, *Gazette des hôpitaux*, 1900. Résumée.)

Jeune fille, dix-sept ans, sans garde-robes depuis sept jours, entre le 26 décembre 1899 à l'hôpital Beaujon. T. = 36°2 ; P. = 110, mou, très faible. Facies péritonéal ; mains froides. Un vomissement fécaloïde le 25 au soir.

Laparotomie rapide, incision sous-ombilicale. L'intestin apparaît violacé, couvert de fausses membranes. Par endroit il existe des brides de péritonite chronique et, fait remarquable, celles-ci deviennent plus nombreuses à mesure que je me rapproche du cæcum. En cette région je dois, pour libérer l'intestin grêle, faire une véritable dissection aux ciseaux et j'arrive finalement sur l'appendice enfoui au milieu des adhérences. Résection rapide, drainage. Un litre de sérum et un lavement purgatif dans la nuit. Le lendemain, pas de résultats. Entéroclyse, injection de 4 litres d'eau bouillie boriquée, débâcle dans la nuit. Le 28, malade très faible, meurt dans la nuit.

L'appendice, long de 4 à 5 centimètres, gros à peine comme une plume de corbeau est pâle, grisâtre, très ferme, la lumière est punctiforme à la coupe, le méso est petit, rétracté, surchargé de graisse. En somme, appendicite chronique scléreuse.

OBSERVATION II

Obstruction intestinale par appendice chroniquement enflammé
(M. Monod, *Société de chirurgie*, 10 juin 1900. Résumée.)

Femme vingt-neuf ans, atteinte d'occlusion depuis cinq jours ;

vomissements alimentaires, puis verdâtres, pas nettement fécaloïdes. Ventre distendu.

La malade souffre depuis deux mois, particulièrement dans la fosse iliaque droite, douleurs revenant par crises aiguës, sans vomissements, mais avec tendance à la constipation; un peu de ballonnement du ventre, pas de fièvre. Depuis quatre jours, phénomènes d'obstruction. P. = 100, langue bonne, pas de facies péritonéal, soif intense.

Laparotomie latérale par l'incision de Roux. Le péritoine sectionné, il s'échappe une quantité très notoire de sérosité jaunâtre, transparente et l'intestin se montre un peu congestionné, distendu, mais sans péritonite évidente. Un doigt introduit pour explorer la région, rencontre presque immédiatement une bride épaisse, arrondie, sous laquelle s'engageait l'intestin grêle. En l'amenant dans la plaie, on constate que cette bride n'est autre que l'appendice très tuméfié portant encore la trace de l'adhérence qui le maintenait en place.

Résection. Drainage. Très bon résultat.

OBSERVATION III

Occlusion par brides et par adhérence résultant d'une appendicite datant de six mois (Delore, Lyon médical, 1902. Résumée.)

Jeune femme, vingt et un ans. En décembre 1901, orage péritonéal : vomissements, fièvre, douleur dans la fosse iliaque droite se terminant vers le quinzième jour par l'issue de pus dans les matières fécales. On avait porté alors le diagnostic d'appendicite. En février 1902, nouvelles coliques tous les quinze jours, puis tous les huit jours, enfin tous les quatre jours. Entre le 8 mai à l'hôpital, service de M. Rollet Rien au toucher vaginal

Laparotomie latérale, droite, verticale, le 10 mai. Une anse grêle de 60 à 80 centimètres, très dilatée apparaît aussitôt, fixée par ses deux extrémités : l'extrémité inférieure par une bride du

volume d'une plume de corbeau qui s'insérait à 2 centimètres au-dessous du détroit supérieur du bassin, la supérieure par des adhérences très serrées, adhérentes à la fosse iliaque sur une longueur de 6 à 8 centimètres. L'appendice avait disparu. La fixation des deux extrémités de l'anse avait déterminé une véritable torsion.

OBSERVATION IV

Appendicite opérée, Occlusion par adhérences
(Marion, *Gazette des hôpitaux*, 1900. Résumée.)

Joseph L., dix-huit ans, entre le 19 septembre 1900, à l'hôpital Broussais pour une constipation absolue depuis douze jours. Depuis quatre jours, vomissements alimentaires, bientôt fécaloïdes et violentes douleurs. T. = 37°4; P. = 148, facies péritonéal, ventre ballonné; submatité dans les flancs. Cicatrice d'une opération d'appendicite, datant du mois de juillet et suivie de très bons résultats.

Laparotomie médiane. Pas de trace de liquide, anses intestinales rouges, très distendues. Avant d'arriver au cæcum, l'intestin grêle reprenait un calibre normal. Entre les deux portions distendues et aplaties existait une masse formée par un amas d'anses repliées et collées contre la fosse iliaque droite. Entre les anses un peu de pus. Le cæcum était libre et, à sa partie interne, existait un épaississement, trace de la résection de l'appendice. Lavage, drainage, fermeture partielle; guérison.

OBSERVATION V

Appendicite avec étranglement interne
(Walther, *Société de chirurgie*, 27 juin 1900. Résumée.)

Thérèse X., douze ans. Entre le 24 janvier 1900 à la maison municipale de santé. Pas de troubles digestifs, jamais de vomissements, digestions faciles, selles régulières. La petite malade,

très intelligente, accuse depuis cinq ou six mois des douleurs survenant par crises, dans le côté droit. Le 17 février, pas de garde-robes, le 21, douleurs violentes, surtout à gauche. Le 23, aggravation des symptômes et le lendemain vomissements porracées. T. = 37°4; P. = 88, facies bon. Langue sale. Un peu de défense musculaire, douleur localisée au point de Mac Burney. Le lendemain état stationnaire. T. = 37 degrés. P. = 90. Ni matières, ni gaz. L'intervention est décidée.

Sous le chloroforme, empâtement net à gauche au-dessus de l'ombilic. Laparotomie médiane sus-ombilicale. La tuméfaction était due à l'angle gauche du côlon et au transverse remplis de matières. En dévidant l'intestin grêle, à quelques centimètres du cæcum, deux anses réunies par une bride transversale sous laquelle s'engageait une autre anse aplatie. Cæcum et appendice très rouges avec trace de péritonite subaiguë récente. Résection de l'appendice. Suites très simples.

La coupe de l'appendice le montre en pleine évolution de folliculite.

OBSERVATION VI

Appendicite perforée, occlusion par flexion à angle aigu de l'intestin (R. Lépine, *Lyon médical*, 1897, p. 228. Résumée).

A..., quarante ans, entre à la Clinique le 20 janvier. Symptômes d'occlusion remontant à quatre jours. Souffre depuis trois mois dans la fosse iliaque droite. Frissons, pas de vomissements. T. rect. = 38°1; P. = 120. Respirations 30. Le 17, légère amélioration. Le 18, augmentation des symptômes: vomissements; P. = 120, très faible, T. rect. = 37°5. Dyspnée. Le 19, facies grippé, pouls filiforme, hoquet, sueurs froides. Entre le 20 janvier à l'hôpital, dans un état si grave que l'intervention est repoussée.

Autopsie faite par M. le professeur Lépine et par M. Paviot. Péritonite sans liquide purulent, avec léger exsudat. Dans la fosse iliaque, quelques membranes fibrineuses infiltrées de pus et

molles fixant deux anses de l'intestin grêle, coudés à angle très aigu, L'examen très minutieux de l'intestin dans toute sa longueur montre qu'il n'y a pas d'autre cause d'occlusion. En déchirant les adhérences on pénètre sur l'appendice, entouré de fausses membranes purulentes, d'une longueur de 5 centimètres. Cavité entièrement libre, fusiforme, non close. Vers la moitié de sa longueur, paroi épaissie, sclérosée et perforée au milieu. Le cæcum est sain; les autres organes ne présentent rien de particulier.

OBSERVATION VII

Appendice aiguë avec péritonite généralisée. Laparotomie latérale par M. Broca. Laparotomie médiane par M. Jalgulier. Mort à la suite d'obstruction intestinale (thèse de M^{lle} Gordon, Paris, 1896-1897. Résumée).

Augustine M..., quatorze ans, entre le 4 juillet 1895. Début le 1^{er} juillet: vomissements, douleur, diarrhée. Le lendemain, diarrhée cesse, vomissements, douleurs s'accroissent. Douleur dans la fosse iliaque droite, fièvre, incision iliaque, issue d'une grande quantité de pus séreux. Suites opératoires excellentes, jusqu'au 6 août. Ce jour-là, vomissements porracés. Purgation, lavements sans effets. Le 14, vomissement bilieux, facies altéré. T. = 36°7, P. = 150. Toucher rectal montre que le plancher du bassin est blindé par un plastron très dur qui immobilise tous les organes. Le 19, laparotomie médiane, pas d'exsudat, ni fausse membrane, trois brides épiploïques dans le bassin dont une grosse comme le petit doigt qui étranglent manifestement l'intestin. Section des brides. Après l'opération, vomissements fécaloïdes, pouls incomptable, mort.

A l'autopsie, l'appendice est vide, sans altération apparente, plusieurs anses grêles agglutinées dans le petit bassin.

OBSERVATION VIII

Appendicite, Occlusion tardive par adhérences.
(Cestan, *Gazette des hôpitaux*, 1901. Résumée.)

M. D..., présente des accidents abdominaux de nature mal définie, pris pour une fièvre typhoïde irrégulière. Volumineuse collection purulente d'origine appendiculaire dans la fosse iliaque droite. Incision large, drainage, sans rechercher l'appendice.

Neuf jours après la température remonte sensiblement, formation d'un foyer secondaire, aux confins de la fosse iliaque gauche. Ouverture et drainage.

Les phénomènes s'amendent, mais, trois jours après, la circulation intestinale devient de plus en plus malaisée. Le ventre se ballonne, nausées, vomissements, tous les signes d'occlusion. La palpation montre aux environs du second foyer une anse intestinale plus tendue, faisant saillie. C'est, à n'en pas douter, une occlusion par coudure due à des adhérences inflammatoires.

La famille s'oppose à la laparotomie. Les événements se précipitent. Tout espoir perdu, on laisse pratiquer sous cocaïne une entérostomie étroite et rapide sur l'anse adhérente. Dès le lendemain, ventre dégonflé, pas de vomissements. Quelques jours après, lavages huileux par le minuscule anus artificiel et, au bout de vingt jours, guérison.

OBSERVATION IX

Appendicite. Occlusion intestinale tardive par brides.
(Broca, *Leçons cliniques*. Résumée.)

Garçon, treize ans et demie. Résection de l'appendice en décembre 1897 puis, le 29 juin 1898, de vives douleurs abdominales avec arrêt complet des matières et des gaz. Amené dans un état très grave à l'hôpital Trousseau, le 1^{er} juillet à 3 heures de l'après midi.

Le chirurgien de garde, M. Arrou, pensant qu'il s'agissait d'accidents récidivant dans l'ancien foyer, incise sur la cicatrice iliaque. Cæcum sain. On recoud immédiatement et laparotomie médiane qui permet de trouver dans la fosse iliaque droite une anse grêle coudée en U par une double bride du bord mésentérique. Section de ces brides. L'occlusion persiste et l'enfant meurt le lendemain matin.

A l'autopsie, un paquet d'anses grêles agglutinées entre elles, derrière le cæcum et le côlon ascendant.

OBSERVATION X

Appendicite. Occlusion tardive par bride.

(Broca, *Leçons cliniques*, Résumée.)

Enfant opéré le 25 juillet 1898. Santé excellente. Subitement pris le 19 février 1899 d'accidents aigus d'occlusion avec vomissements vite fécaloïdes, et arrêt des matières et des gaz. T. = 37°. Apporté le 23 février à l'hôpital Trousseau, dans un état déplorable. Laparotomie médiane. Une bride serrait l'iléon à sa jonction avec le cæcum. Section entre deux ligatures. Les matières reprennent leurs cours mais l'opération était trop tardive, l'enfant meurt au bout de quelques heures.

OBSERVATION XI

Appendicite. Occlusion tardive par bride

(Broca, *Leçons cliniques*, Résumée.)

Docteur en médecine, trente et un ans. Opéré il y a quatorze ans d'une crise d'appendicite nette. Pas de rechute, mais seulement quelque disposition à des coliques suivies de diarrhée. Pris brusquement dans la rue, le 7 juillet 1900, à 3 heures, d'une douleur atroce à l'ombilic. Le lendemain, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve une anse grêle coudée par une bride insérée sur

la paroi gauche du bassin; section entre deux ligatures, libération aux ciseaux de quelques adhérences. Une seconde bride vers la fosse iliaque droite, autour d'une anse grêle et la serrant circulairement. Suites très simples. Guérison.

OBSERVATION XII

Volvulus de la terminaison de l'intestin grêle par péritonite chronique d'origine appendiculaire (M. Sacquépé, médecin-major de deuxième classe. *Extrait du Bulletin de la Société anatomique*, février 1899. Résumée.)

M. B..., quarante et un ans, entre le 13 janvier dans le service de M. le professeur Robert, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Syphilis en 1884; tendance marquée à la constipation. Première atteinte de coliques intestinales en avril 1898; en septembre, une seconde atteinte plus persistante; en décembre, une troisième, bénigne. Le diagnostic porté était celui d'appendicite.

10 janvier. — Douleurs abdominales très vives. Le 13, à l'entrée à l'hôpital, facies anxieux, péritonéal; ventre ballonné, tendu, défense musculaire très énergique. Douleur diffuse dans tout l'abdomen, sans point douloureux fixe. Pas de selles, quelques gaz. Purgatifs répétés qui provoquent quelques selles pendant les premiers jours; à partir du 21, la constipation résiste à tous les traitements, plus d'émission de gaz. Douleurs plus vives à gauche. Toucher rectal négatif.

A aucun moment il n'y eut de fièvre, de hoquet, ni de vomissements. P. = 76 très régulier. Appétit conservé, mais le malade ne mange presque pas à cause de la constipation. Aussi, amaigrissement rapide. On essaie un lavement électrique, l'eau salée ne pénètre pas dans le gros intestin, même sous une pression assez forte.

Le toucher rectal pratiqué à cette époque révèle un rétrécissement très prononcé, à la partie antérieure de l'ampoule dans

le cul-de-sac de Douglas. On rapporte cette sténose à l'existence de masses intestinales agglutinées et adhérentes entre la vessie et le rectum.

31 janvier. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Epiploon adhérent à la fosse iliaque droite ; il est libéré pour mettre à nu l'intestin. Les anses grêles se présentent en paquet, un peu distendues, fortement vascularisées. Des adhérences rosées, un peu résistantes les unissent entre elles. L'appendice est fortement épaissi. Placé à cheval sur la terminaison de l'intestin grêle, il se dirige en bas et en dedans. Libération, résection entre deux ligatures.

Au-dessous, masse d'anses grêles adhérentes. On essaie de libérer ; l'intestin se déchire au point d'insertion d'une forte bride. On suture, mais les fils coupent la paroi intestinale et ne tiennent pas. On songe à l'entéro-anastomose, mais l'affaiblissement du malade fait renoncer à cette tentative. On suture le bout supérieur de l'anse déchirée à la paroi abdominale formant anus artificiel.

L'amaigrissement progresse. Mort le 7 février.

La portion terminale de l'iléon, présente à l'autopsie la disposition suivante : partant du cæcum, elle plonge en bas verticalement, décrit ensuite un tour et demi de spire, en se dirigeant à gauche ; les deux circonvolutions concentriques adhèrent très fortement entre elles. Au point le plus central de la spire, l'intestin plonge en arrière et en haut, présentant en ce point une flexion à angle aigu sur sa direction précédente. Puis l'iléon toujours adhérent à la portion en spire, se dirige en haut et à droite pour aller rejoindre la perforation accidentelle. A ce niveau s'insérât une forte adhérence qui allait, d'autre part, aboutir juste au niveau de l'insertion de la pointe de l'appendice.

OBSERVATION XIII

Occlusion intestinale par volvulus, consécutif à des adhérences dues à une appendicite ancienne (Souligoux, *Bulletin de la Société anatomique*, 1899. Résumée).

Homme quatre-vingt-quatre ans. Occlusion intestinale depuis

trois jours. Ballonnement, petitesse du poulx. Vomissements fécaloïdes, abaissement de la température.

Mort au moment où allait commencer l'opération. A l'autopsie : intestin grêle tordu sur lui-même à 6 centimètres de sa terminaison. Adhérences multiples réunissant l'intestin grêle et le côlon pelvien, au milieu desquelles se caché l'appendice. Adhérences multiples fixant solidement le côlon pelvien au détroit supérieur.

OBSERVATION XIV

Volvulus iléo-cæcal avec étranglement interne provoqué par une appendicite (Barth, *Semaine médicale*, 1902. Résumée).

Homme quarante-deux ans, entre à l'hôpital Necker le 6 mars pour douleurs violentes dans le ventre. Alcoolique. Aurait eu, il y a trois ans, une crise de douleurs abdominales analogues à celles dont il se plaint qui n'ont duré que quelques heures. La maladie actuelle a débuté brusquement, si violemment que l'homme s'est évanoui. A son arrivée à l'hôpital, rien d'alarmant. T. rect. = 37°8; P. = 80 bien frappé. Dans la soirée du lendemain les symptômes s'aggravent : vomissements bilieux, puis porracés. T. = 38°5; P. = 88; nuit très mauvaise, agitation, délire.

Le lendemain matin, facies péritonéal. T. = 37 degrés, langue très sale, un peu sèche, quelques hoquets, ventre ballonné, très dur, très sensible; constipation complète, pas de gaz. L'affaiblissement est si rapide qu'on se refuse à intervenir. Mort une heure après.

A l'autopsie, l'abdomen renferme une petite quantité de sérosité rosée, légèrement louche. Masse intestinale rouge et injectée recouverte par places de pseudo-membranes fibrineuses récentes. Le cæcum, renversé sur lui-même, occupe la partie supérieure gauche du ventre, et l'appendice fortement tuméfié est en contact avec le lobe gauche du foie; le côlon ascendant dont la direction est devenue descendante, suit le trajet qui appartient nor-

malement au côlon descendant; le côlon transverse, replié et fortement tordu sur son axe, est caché dans la fosse iliaque gauche ainsi que le côlon descendant rétracté. Toute la partie droite de la cavité abdominale est occupée par les anses distendues de l'intestin grêle. La cause de cette dislocation est une bride épiploïque qui part de la portion moyenne du côlon transverse et va s'insérer par des adhérences anciennes à la paroi de la fosse iliaque droite. Sous cette bride a passé une grande partie de l'intestin grêle à la suite de la torsion du côlon sur lui-même.

L'appendice est très tuméfié, rouge, très fortement épaissi, sa cavité remplie de muco-pus. dans les trois quarts de sa longueur; le cul-de-sac est oblitéré, transformé en cordon jaunâtre.

Donc, existence à la fois d'une appendicite récente, de virulence médiocre, mais en pleine activité et traces d'une appendicite ancienne.

OBSERVATION XV

Appendicite. Occlusion aiguë par bride.

(M. Bérard, *Bulletin médical*, 25 mars 1902. Résumée.)

Homme, trente-trois ans, entre le 12 novembre, salle Saint-Sacerdos, avec symptômes d'occlusion intestinale, datant de trois jours. A eu, il y a dix-sept ans, pendant six mois, quatre accès de coliques avec douleur dans la fosse iliaque droite, qui une fois s'étaient compliqués du phénomène d'occlusion. Pas de suite apparente de cette première affection, appendicite sans aucun doute. Sept ans plus tard, au régiment, coup de pied de cheval, anodin, dans le bas ventre. Pointe de hernie crurale réductible à droite.

9 novembre. — Douleur brusque, très vive au niveau de l'ombilic. Vomissement alimentaire, puis bilieux; le lendemain, arrêt des matières et des gaz; ballonnement. Purgatifs, lavements, ne produisent aucun résultat. Douleur très vive avec paroxysmes subits localisés un peu en bas et à gauche du nombril.

A l'examen, abdomen saillant surtout dans la partie médiane, avec paroi souple, sans péristaltisme marqué. Tympanisme péri-ombilical, matité dans les flancs. Empâtement autour de l'ombilic. Toucher rectal négatif.

Jamais il n'y a eu trace de coliques néphrétiques ou hépatiques.

T. = 37°7; pouls très ralenti = 56. Etat général relativement bon. Le diagnostic est porté d'occlusion par brides sur la terminaison de l'iléon, due aux reliquats de l'appendicite dont le malade a souffert il y a dix-sept ans.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, remontant à deux travers de doigt au-dessus. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une quantité notable de liquide séro-hématique; les anses grêles paraissent, distendues et livides. On trouve une première bride fixant l'iléon contre l'arcade de Fallope, une deuxième coudure occasionnée par une adhérence large avec le moignon de l'appendice, d'une longueur de 2 centimètres environ; ce deuxième segment libéré, on tombe sur un volvulus de la fin de l'iléon, intéressant environ 28 centimètres d'intestin, et maintenu très serré par une troisième bride qui le fixe au voisinage de la symphyse sacro-iliaque droite.

Section des brides entre deux pinces, examen de la portion intermédiaire de l'intestin qui ne présente pas de traces de sphacèle. Au niveau de l'insertion d'une bride, petite perforation que l'on enfouit par quelques points à la Lembert.

Suites remarquablement simples, le malade sort le 3 décembre, guéri. A la date du 15 janvier, la cicatrice abdominale est solide et le malade n'a plus accusé de trouble digestif.

OBSERVATION XVI

Appendicite et Occlusion intestinale (M. le médecin-major
Géraud, *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie*,
1902, Résumé)

F. P..., vingt ans, 2^e zouaves, pas d'antécédents héréditaires,

ni personnels. Pas de troubles intestinaux. Fièvres paludéennes à dix-huit ans. Il y a cinq mois, vive douleur dans la fosse iliaque droite. Huit jours d'infirmérie. Reprise du service pendant un mois, mais constipation fréquente et douleur dans la fosse iliaque droite, dans les mouvements de flexion du tronc sur la cuisse. Puis la douleur devient fixe, permanente comme la constipation. Pas de vomissements.

Cinquante jours d'hospitalisation à Villemanzuy. Amélioration. Convalescence de deux mois. Pendant ce congé, la douleur se reproduit moins intense, mais travail impossible. Au retour du congé, nouvelle hospitalisation.

A l'examen, douleur fixe au point de Mac Burney, bien plus marquée dans les mouvements de flexion du tronc sur les cuisses, selles par lavement tous les deux ou trois jours. Langue saburrale. Anorexie. Pas de fièvre. A la palpation, fosse droite très tendue, défense musculaire. Sensation d'empâtement profond et diffus. Ni selles, ni gaz, le 7 et le 8 novembre. Nausées fréquentes dans la nuit.

Opération, le 9 novembre. Incision oblique en dehors; dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule un quart de verre de sérosité sanguinolente. Le cæcum, distendu par matières dures est recouvert d'exsudats. Plusieurs taches ecchymotiques sous-séreuses. L'appendice, dans la première moitié de sa longueur est appliqué contre le cæcum sur lequel il est maintenu par des adhérences molles. Il contourne le cæcum en dehors et en arrière, puis, enveloppé de son méso épaissi, va s'implanter sur le bord interne du psoas-iliaque.

Au-dessus de cette collerette, accumulation de scybales. Section des adhérences, résection de l'appendice. Suites simples.

OBSERVATION XVII

Abcès appendiculaire incisé. Occlusion précoce par bride.

(M. Bérard, *Lyon médical*, 22 novembre 1903, Résumé.)

Enfant de onze ans, entre d'urgence à la Charité, le 19 sep-

tembre 1903. Péritonite diffuse d'origine appendiculaire, laparotomie iliaque droite par M. Thévenot. Les phénomènes se localisent et s'amendent, mais on doit dix jours plus tard inciser un volumineux abcès pelvien résiduel qui est drainé par le rectum.

La convalescence touchait à sa fin quand, le 17 octobre, brusquement, la petite malade se plaint de douleurs très vives dans le flanc gauche et très rapidement elle eut des vomissements verdâtres.

Le lendemain, le tableau de l'occlusion est complet. Tympanisme, masse plus résistante et plus mate à gauche et en bas de l'ombilic; péristaltisme visible à ce niveau. Rien au toucher rectal. T. = 37°8, P. = 120, respiration superficielle, facies mauvais, langue encore humide.

Incision médiane sous-ombilicale, fait découvrir des anses grêles et modérément distendues. De la profondeur de la fosse iliaque gauche, on attire une anse grêle, énorme, livide, retenue par un lien qui échappe aux regards. On prolonge l'incision de la paroi au-dessus de l'ombilic; on voit dès lors qu'un point du bord libre de l'anse est soudé à un paquet épiploïque par une adhérence fibreuse ancienne. Autour de cette bride un segment de 30 centimètres d'intestin grêle, environ, s'est enroulé en volvulus serré. Section de la bride, on dénoue le volvulus, on détruit au doigt quelques adhérences moins solides. Suites simples.

OBSERVATION XVIII

Anciennes poussées d'appendicite. Phénomènes d'obstruction.

Appendicectomie. (Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Patel.)

V... Eugène, vingt-neuf ans, gardien de la paix, entre à l'Hôtel-Dieu, au mois d'octobre 1903, dans le service de M. le professeur Jaboulay. Il a déjà fait un séjour dans le service au

mois de janvier, mais à ce moment on avait refusé l'opération en raison du siège superficiel de la douleur.

Depuis, de nouvelles crises, non régulières. Le malade paraît faire parfois de l'obstruction légère et remarque pendant ces périodes un gonflement dans la fosse iliaque droite.

Aucun antécédent.

L'examen est négatif. La paroi est souple et ne laisse rien percevoir.

Opération. — On trouve un appendice hélicoïdal avec méso rétracté. Une adhérence anormale de la terminaison à l'intestin grêle expliquait son action dans les phénomènes d'occlusion intestinale intermittente observés. Résection.

OBSERVATION XIX

Occlusion intestinale. — Poussées antérieures d'appendicite. — Laparotomie. — Etranglement de l'intestin grêle par l'appendice. — Nécrose des parois. — Mort. (Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Patel.)

C...S..., âgé de vingt-deux ans, entre au mois de février 1902, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Jaboulay, avec des phénomènes d'obstruction intestinale, qui ont débuté il y a trois jours. Ballonnement, vomissements biliaires; douleur intense. Pouls rapide, petit, 140 pulsations. Dyspnée; pas de température, urines rares, sans albumine.

Le malade dit qu'il a déjà eu des crises douloureuses à droite plusieurs fois.

L'intervention immédiate est décidée. Laparotomie médiane. On sent un obstacle à droite, mais il est inaccessible. Laparotomie iliaque. On tombe sur le cæcum affaissé. On fait sauter le pont du grand droit et on trouve la disposition suivante : l'appendice s'enroule autour de la terminaison de l'intestin grêle qu'il enserre étroitement. L'intestin grêle est coudé à cet endroit et sa paroi est complètement sphacélée. On trouve des matières fécales dans la fosse iliaque.

On résèque la portion sphacélée de l'intestin et on établit une anastomose iléo-colique.

Le malade meurt quatre heures après.

OBSERVATION XX

Appendicite. Occlusion précoce
(Broca, *Leçons cliniques*. Résumée.)

Fillette de treize ans, entre à l'hôpital Trousseau le 4 décembre 1899. Le 9, on lui ouvre par l'incision de Roux, un abcès iliaque, dont il sort un pus infect contenant quelques débris sphacelés. Amélioration notable jusqu'au 12. A partir de ce jour, vomissements bilieux, douleurs épigastriques, constipation opiniâtre, de temps en temps vaincue par un lavement. Rien qui permette de supposer une nouvelle collection dans l'abdomen : un peu d'hyperthermie le soir, mais aucun point empâté, ni douloureux.

Le 24, on sent une masse indurée, non fluctuante dans le cul-de-sac de Douglas, évidemment formée par des anses intestinales agglomérées.

Incision médiane : la main introduite dans le petit bassin, sent un amas d'anses affaissées, accolées contre la paroi pelvienne gauche. Vers la droite de ce paquet descendait une première anse, dans laquelle une coudure brusque par adhérence du bord mésentérique arrêta le cours des matières : en la libérant on ouvre l'ancien abcès drainé par la voie iliaque et, par le trou de la poche à peu près sèche sort un petit calcul stercoral. Cette même anse était encore coudée par deux autres adhérences.

Libération, large drainage. Mais la température monte le soir même et l'enfant succombe le lendemain à une péritonite diffuse suraiguë.

A l'autopsie, on trouva un petit abcès au milieu des anses agglomérées dans le bassin. L'appendice dirigé en bas et en dedans était amputé au sommet et venait adhérer à l'anse intestinale libérée pendant l'opération.

OBSERVATION XXI

Un jeune homme entre en 1900, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Jaboulay, avec un abcès d'origine appendiculaire. Peu de temps après son entrée, cet abcès s'ouvre à l'extérieur par le scrotum, du côté gauche ; on le draine par cet orifice. Amélioration. Quelque temps après, mort avec phénomènes d'occlusion intestinale.

Nous rapportons ce cas, simplement sur les indications de M. le professeur Jaboulay, n'ayant pas pu retrouver l'observation qui concernait ce malade.

OBSERVATION XXII

Etranglement interne dû à l'appendice (M. Villard, *Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon*, 1899, p. 41.)

Il s'agit d'une malade prise brusquement dans la nuit du 15 février de douleurs abdominales vives dans la fosse iliaque droite avec des signes d'occlusion intestinale : vomissements, arrêt des gaz et des matières. Elle entre dans le service de M. Pollosson où elle fut opérée par lui. Il avait dû pratiquer antérieurement une intervention chez cette malade pour une hernie crurale droite étranglée. Il pratiqua une laparotomie latérale droite, car il avait supposé les accidents dus à des adhérences consécutives à la première opération. Il tomba sur un cæcum ratatiné, ce qui indiquait que le siège de l'occlusion était au-dessus. Il trouva l'appendice soudé en position vicieuse par des adhérences et causant l'étranglement. Il libéra l'appendice, réséqua le méso-appendice gangréné, et laissa l'appendice en place. Les suites furent simples, les vomissements cessèrent, la circulation des matières se rétablit.

L'observation ne cite pas de passé appendiculaire chez cette malade, mais il eût été intéressant de pratiquer la résection de l'appendice pour pouvoir affirmer l'origine de ces adhérences.

CONCLUSIONS

I. L'occlusion intestinale peut apparaître chez un malade, à une époque variable, après une ou plusieurs crises d'appendicite.

II. Elle reconnaît pour cause des brides ou des adhérences dues à la réaction péritonéale qui est constante au cours d'une inflammation de l'appendice.

III. Ces brides agissent mécaniquement par coudure, torsion, étranglement de l'intestin.

IV. Une position vicieuse de l'appendice iléo-cæcal peut déterminer de l'occlusion par le même mécanisme.

V. Le diagnostic étiologique est très délicat et repose sur l'analyse minutieuse du malade et de ses antécédents.

VI. L'intervention doit être précoce et rétablir la circulation intestinale en supprimant l'obstacle ou en le contournant.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
JABOULAY

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 décembre 1903.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
GABRIEL COMPAYRE

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBARRAN et CAUSSADE, Presse médicale, juillet 1898, p. 37.
- Etude expérimentale sur les obstructions intestinales aiguës (XIII^e Congrès intern. de méd., Paris, 1900, p. 583).
- AVIRAGUET et BERNARD, Société médicale des hôpitaux, 8 décembre 1899.
- BARTH, Volvulus iléo-cæcal provoqué par une appendicite. Sem. méd., Paris, 1902, p. 265.
- BENTHAM ROBINSON, Transact. of the clin. of London, 1899, p. 208.
- BÉRARD, De l'occlusion intestinale aiguë comme complication très tardive de l'appendicite (Bull. méd., Paris, 1902, p. 286).
- Lyon médical, 22 nov. 1903.
- BLANC, th. de Paris, 1899-1900.
- BOGDANICK, Wiener med., Presse 1898
- BOUGLÉ, Gazette des hôpitaux, juillet 1900, p. 837.
- BROCA, Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie, 1899.
- Occlusion intestinale consécutive à l'appendicite (Gaz. hebd. de méd. et de chir., Paris, 1901, p. 445).
- Leçons cliniques.
- BYRON ROBINSON, Ann. of. Surg., 1901.
- CATANEO, Occlusion intestinale ed appendicite (Clin. Mod. Pisa, 1901, p. 153).
- CESTAN, Occlusion intestinale et appendicite (Gaz. des hôp., 1900).
- DELORE, Lyon médical, 1902, p. 187.

- DENNIS (Warren), Intestinal obstruction acute appendicitis (Saint-Paul M. J., 1902, p. 265).
- DIEULAFOY, Clinique sur le diagnostic des tumeurs de la fosse iliaque droite (Sem. méd., 1900, p. 329).
- DOUBRE, Complications de l'appendicite (Bull. méd., 1901, p. 793).
- EMERSON, Prewes. Annals of Surgery, 1898.
- GÉRARD, MARCHAND DUMOULIN, Tumeurs et rétrécissements inflammatoires de la région pylorique de l'estomac et du segment iléo-cæcal de l'intestin (Rev. de chir. et de Gyn., sept. 1899).
- GÉRAUD, Appendicite avec étranglement du cæcum (Bull. Soc. chir., Lyon, 1902, p. 69).
- M^{lle} GORDON, th. de Paris, 1896-1897.
- GREVES, Th. Lancet, 6 déc. 1884, p. 1019.
- JEANNE (de Rouen), Bull. méd., 1900, p. 133.
- JEANNE et TUFFIER, Rev. de gyn., 1899.
- JEANNEL, Obstruction intestinale par coudure à répétition. Sa comparaison avec l'appendicite (Arch. méd., Toulouse, 1902, p. 289).
- KAREWSKI, Sur la péritonite adhésive diffuse, suite d'appendicite (Sem. méd., 1902, p. 230).
- LANGLAIS, th. de Lyon, 1901-1902, n° 170.
- LAPEYRE, Congrès de chirurgie, 1903.
- LEPINE, Lyon médical, février 1897.
- LETULLE et WEINBERG, Archiv. de méd., 1897.
- LEVREY, th. Paris, 1899-1900.
- LORANS, th. de Bordeaux, 1899-1900.
- LOWEL, GALLAND WALLACE, Constriction de l'intestin grêle par un appendice gangrené (Brit. med. Journ., 10 janvier 1903).
- MAC-LEAN, Journ. Amer. med. Assoc., 2 avril 1898, p. 780.
- MARION, Gazette des hôpitaux, 1900, p. 1439.
- M^{lle} VON MAYER, Travaux de l'Institut pathologique de Lausanne, 1898.
- MONOD, Soc. de chirurgie, 20 juin 1900.

- MORDRET, Etranglement par brides d'origine appendiculaire
(Arch. méd. d'Angers, 1902, p. 307).
- NICOLAYSEN, Brit. med. Journ., 23 juillet 1892, p. 170.
- PASTEAU, Soc. Anat., 1897
- PATEL, th. de Lyon, 1900-1901.
— Lyon médical, 1899, p. 522.
— Lyon médical, 1900, p. 632.
- PAUL T., Intestinal Obstructions complicating appendicitis, with
the report of a case (Med. Rev. N. Y., 1900, p. 653).
- PIARD, th. de Paris, 1895-1896.
- PHOCAS, th. de Paris, 1897-1898.
- QUENU, Bull. Soc. chirurgie, 1900-1901; 1901-1902.
- ROUTIER, Soc. chirurgie, 25 déc. 1894.
- ROUX (de Lausanne), Cong. franç. de chir., 1895.
- SACQUÉPÉE, Bull. Soc. anat., février 1899, p. 182.
- SOUBEYRAND, Appendicite et occlusion intestinale (Montpellier
médical, 1902, p. 307).
- SOULIGOUX, Bull. Soc. anat., 1900.
- TAVEL, Congrès de chirurgie, 1903.
- TUFFIN et MARCHAND, Les lésions appendiculaires dans les autopsies banales (Pres. méd., 10 septembre 1902).
- TRIPPIER et PAVIOT, La péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire, 1903
— L'appendicite par infection générale (Sem. méd., 8 mars 1899, p. 73).
- VIGNAUD, L'appendicite dans ses rapports avec l'occlusion intestinale (th. Paris, 1899-1900).
- VILLARD, Mém. de Soc. des sciences méd. de Lyon, février 1899, p. 41.
- VORONOFF, th. de Montpellier, 1899-1900.
- WALTHER, Soc. de chirurgie, 27 juin 1900.
- WEISS, Rev. de chirurgie, juillet 1898.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie et pathogénie.	13
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.	30
CHAPITRE III. — Symptomatologie, et diagnostic	38
CHAPITRE IV. — Traitement	46
OBSERVATIONS	57
CONCLUSIONS.	75
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	77

